



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Tesis de Doctorado

**“El Examen Médico Laboral, su Necesidad e
Importancia”**

(Una Visión Médico Laboral y Médico Legal)

Tesista: Dr. Fernando Mario Ariel Rossi

Director de Tesis: Prof. Dr. José María Paganini

Codirector de Tesis: Prof. Dr. Horacio Luis Barragán

2016

DEDICATORIA

A mi padre, Fernando Ernesto Otto, siempre presente.

Милой Сашеньке (Miloi Sashenke): A mi querida Sasha.

A Alyosha que viene en camino.

A la memoria de mi abuelo el Dr. Fernando Ernesto Rossi.

A la memoria del Prof. Dr. Epifanio Palermo.

AGRADECIMIENTOS

Para realizar y concretar esta tesis, tuvimos la suerte de contar con la ayuda de colegas y amigos. Sin orden de prelación les queremos agradecer a las siguientes personas:

Al Prof. Dr. Gervasio Choroila, quien con la bonhomía que lo caracteriza, sus inagotables conocimientos y sus sugerencias oportunas, nos ayudó a darle forma a nuestro proyecto.

Al Dr. Bulacio Partibón, nuestro amigo incondicional que estuvo siempre a nuestro lado presto y atento a nuestras consultas.

A la Dra. Liliana Haydee Crowe, estímulo, apoyo permanente y tolerancia inagotable.

A la Dra. Aleksandra Onishchenko por sus sugerencias.

A Carina Neville por la revisión de los originales.

A Román Terenzi por ordenar los datos.

A nuestro Director el Prof. Dr. José María Paganini y nuestro Codirector el Prof. Dr. Horacio Luis Barragán, por la confianza y apoyo desde el primer día que les llevamos el proyecto.

A la Prof. Dra. Graciela Susana Etchegoyen y el Dr. Jorge Luis San Román por sus observaciones, sugerencias y aportes.

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN

| | |
|---|-----|
| Los Exámenes Médico Laborales en Argentina..... | I/3 |
| De nuestro estudio..... | I/4 |
| El universo de investigación..... | I/5 |
| Aclaración..... | I/6 |

II. OBJETIVOS

| | |
|----------------------------|------|
| Objetivo general..... | II/1 |
| Objetivos específicos..... | II/1 |

III. DEFINICIONES

| | |
|--|--------|
| Trabajo..... | III/1 |
| Medicina del Trabajo..... | III/5 |
| Accidente de trabajo..... | III/8 |
| Enfermedades del trabajo (enfermedad profesional)..... | III/10 |

IV. EL HOMBRE Y EL TRABAJO

| | |
|------------------|-------|
| La mano..... | IV/5 |
| La sociedad..... | IV/16 |

V. HISTORIA DE LA MEDICINA DEL TRABAJO

| | |
|--------------------------------|-----|
| De Hipócrates a Ramazzini..... | V/1 |
|--------------------------------|-----|

| | |
|---|-------------|
| Medio Ambiente Natural (físico y biológico). Salud Enfermedad..... | V/2 |
| Medio Ambiente Social. Salud Enfermedad..... | V/3 |
| El Trabajo como Causa de Enfermedad..... | V/4 |
| La Nueva Sociedad. Nacimiento del Capitalismo..... | V/9 |
| Bernardino Ramazzini (Padre de la Medicina del Trabajo)..... | V/10 |
| La Medicina del Trabajo, de Ramazzini a Nuestros Días..... | V/15 |
| Condiciones de Vida y de Trabajo, y Salud-Enfermedad. La Revolución | |
| Industrial..... | V/16 |
| La Revolución Industrial en Inglaterra. La Medicina del Trabajo..... | V/18 |
| La Tragedia de la Infancia..... | V/19 |
| La Máquina, el Trabajador..... | V/20 |
| Manchester, primera Ciudad Industrial..... | V/21 |
| Informe Chadwick..... | V/23 |
| La Revolución Industrial en Francia. La Medicina del Trabajo..... | V/26 |
| La Revolución Industrial en EE.UU. La Medicina del Trabajo..... | V/30 |
| La Revolución Industrial en Italia. La Medicina del Trabajo..... | V/38 |
| La Revolución Industrial en Alemania. La Medicina del Trabajo..... | V/39 |
| La Revolución Industrial en Rusia. La Medicina del Trabajo..... | V/42 |
| La Medicina del Trabajo en la República Checa..... | V/44 |
| La Medicina del Trabajo en Japón..... | V/46 |
| La Medicina del Trabajo en China..... | V/47 |
| La Medicina del Trabajo en India..... | V/51 |
| La Medicina del Trabajo en Cuba..... | V/54 |
| Condiciones de Vida, de Trabajo y Salud-Enfermedad en la República | |
| Argentina..... | V/60 |

| | |
|--|-------------|
| La Medicina del Trabajo en Argentina..... | V/67 |
|--|-------------|

VI. EL MÉDICO DEL TRABAJO

| | |
|---|-------------|
| El Trabajo y la Salud..... | VI/1 |
| La Medicina del Trabajo..... | VI/2 |
| Las Condiciones de Vida y de Trabajo..... | VI/4 |
| El Médico del Trabajo y su Empleador..... | VI/5 |
| Necesidad de Compromiso del Médico con los Trabajadores..... | VI/8 |
| La responsabilidad del Médico del Trabajo..... | VI/9 |

VII. EXÁMENES MÉDICO LABORALES

| | |
|---|---------------|
| La OIT y los Exámenes Médicos Laborales..... | VII/1 |
| La vigilancia de la salud de los trabajadores puede ser pasiva y activa..... | VII/2 |
| Reconocimientos médicos previos a la asignación (previos al empleo)..... | VII/4 |
| Reconocimientos médicos periódicos..... | VII/7 |
| Reconocimientos médicos en la reincorporación al trabajo..... | VII/8 |
| Reconocimientos médicos por cambio de tareas..... | VII/9 |
| Reconocimientos médicos al término del servicio..... | VII/9 |
| Reconocimientos médicos generales..... | VII/10 |
| Observaciones generales..... | VII/11 |
| Iniciativas sobre medidas preventivas y de control..... | VII/13 |
| ¿Tiene alguna utilidad el examen médico prelaboral?..... | VII/15 |
| Resolución 37/2010. Superintendencia de Riesgos del Trabajo..... | VII/19 |
| Calificación posterior al examen médico laboral..... | VII/20 |
| Beneficios de los exámenes médico laborales..... | VII/23 |

| | |
|--|---------------|
| Beneficios generales..... | VII/23 |
| Beneficios preventivos..... | VII/23 |
| Beneficios legales..... | VII/25 |
| Beneficios económicos..... | VII/26 |
| El Código Internacional de Ética para los Profesionales de la Salud | |
| Ocupacional..... | VII/27 |

VIII. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

IX. UNIVERSO Y MUESTRA

| | |
|------------------------------------|-------------|
| Variables analizadas..... | IX/2 |
| Técnica de recolección..... | IX/4 |

X. CONSIDERACIONES ÉTICAS Y LEGALES

XI. DIFICULTADES Y LIMITACIONES

XII. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS

| | |
|---|---------------|
| Buenos Aires..... | XII/15 |
| Catamarca..... | XII/16 |
| Chaco..... | XII/16 |
| Chubut..... | XII/17 |
| Ciudad Autónoma de Buenos Aires..... | XII/17 |
| Córdoba..... | XII/18 |
| Corrientes..... | XII/18 |

| | |
|---|---------------|
| Entre Ríos..... | XII/19 |
| Formosa..... | XII/19 |
| Jujuy..... | XII/20 |
| La Pampa..... | XII/20 |
| La Rioja..... | XII/21 |
| Mendoza..... | XII/21 |
| Misiones..... | XII/22 |
| Neuquén..... | XII/22 |
| Río Negro..... | XII/23 |
| Salta..... | XII/23 |
| San Juan..... | XII/24 |
| San Luis..... | XII/24 |
| Santa Cruz..... | XII/25 |
| Santa Fe..... | XII/25 |
| Santiago del Estero..... | XII/26 |
| Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur..... | XII/26 |
| Tucumán..... | XII/27 |
| Extranjeros..... | XII/27 |

XIII. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

XIV. CONCLUSIONES

XV. PROPUESTAS

XVI. ANEXO

| | |
|--|---------------|
| Análisis e interpretación de los datos..... | XVI/1 |
| Ley de Higiene y Seguridad en el Trabajo..... | XVI/20 |
| Ley de Riesgos del Trabajo..... | XVI/23 |
| Decreto 1338/96..... | XVI/26 |
| Resolución 37/2010 SRT..... | XVI/30 |
| Resolución 905/2015 SRT..... | XVI/36 |
| Convenio 155 OIT..... | XVI/45 |
| Convenio 161 OIT..... | XVI/51 |
| Recomendación 171 OIT..... | XVI/55 |

XVII. BIBLIOGRAFÍA

I. INTRODUCCIÓN

“Cura ut valeas”.¹

Muchas veces nos preguntamos ¿para qué, en qué medida y a quiénes sirven realmente los Exámenes Médico Laborales?

Se pueden observar opiniones extremas al respecto que van desde la negación de toda utilidad práctica hasta aquellos que afirman que en realidad se realizan con el único objeto de proteger al empleador.

La perspectiva cambia radicalmente cuando en su realización se aplican correctamente la voluntad de los legisladores y los fundamentos de las leyes que en este campo se ocupan de la salud de los trabajadores, Ley 19.587 (Ley de Higiene y Seguridad en el Trabajo)², Ley 24.557 (Ley de Riesgos del Trabajo)³ y las normativas concordantes.

¹ *“Procura mantenerte sano”.*

² **Art. 5°** — A los fines de la aplicación de esta ley considéranse como básicos los siguientes principios y métodos de ejecución:

a) creación de servicios de higiene y seguridad en el trabajo, y de medicina del trabajo de carácter preventivo y asistencial;
o) Realización de exámenes médicos pre-ocupacionales y periódicos, de acuerdo a las normas que se establezcan en las respectivas reglamentaciones.

Art. 9° — Sin perjuicio de lo que determinen especialmente los reglamentos, son también obligaciones del empleador:

a) Disponer el examen pre-ocupacional y revisión periódica del personal, registrando sus resultados en el respectivo legajo de salud.

³ **Art. 31°** — Derechos, deberes y prohibiciones.

Desde la puesta en marcha de la obligatoriedad de los exámenes médico laborales u ocupacionales ha transcurrido el tiempo suficiente como para permitirnos comenzar a extraer algunas conclusiones sobre la práctica de los mismos.

Podemos adelantar como presupuesto inicial que de acuerdo al espíritu de las normas vigentes los exámenes médicos lejos de apuntar a la discriminación de los aspirantes a desempeñar alguna tarea, se deben de utilizar para constatar la aptitud física y psíquica para el puesto propuesto o en ejercicio.

Pero estos exámenes no quedan circunscriptos a esta sola determinación. Sirve, además, para la detección de incapacidades y enfermedades preexistentes a la relación laboral, las más de las veces ignoradas por el examinado.

Y no sería dato menor el establecer con qué frecuencia y bajo cuáles condiciones pueden aparecer nuevas patologías o agravaciones de las preexistentes al ejercicio del puesto laboral.

Creemos que los exámenes médico laborales, llevados a cabo de acuerdo a lo manifestado, procuran beneficios reales médico preventivos,

1. Las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo:

g) No podrán realizar exámenes psicofísicos a los trabajadores, con carácter previo a la celebración de un contrato de aflicción.

3. Los trabajadores:

d) Se someterán a los exámenes médicos y a los tratamientos de rehabilitación;

e) Denunciarán ante el empleador los accidentes y enfermedades profesionales que sufran.

legales y económicos, tanto para el trabajador, como para el empleador, el Estado y la sociedad en su conjunto.

Los Exámenes Médico Laborales en Argentina.

En nuestro país a lo largo de su historia, los trabajadores fueron conquistando derechos, entre ellos el de la salud laboral. En nuestros días la legislación obrera vigente (fuera de algunas discusiones dogmáticas), las que hacen a la salud de los trabajadores, se encuentran dentro de las normas internacionales y tiene claras intenciones preventivas. Es por ello que las normas que obligan a la realización de exámenes médico laborales, tienen como objeto la clasificación de los trabajadores de acuerdo a sus condiciones físicas y/o psíquicas para tratar de *“adecuar el trabajo al trabajador y no el trabajador al trabajo”*.

De nuestro estudio.

Nuestro estudio, consistió en establecer la medida de la eficacia⁴ y eficiencia⁵ de los exámenes médico laborales en el marco de las leyes vigentes, 19.587⁶ y 24.557⁷ y normativas vigentes de la SRT (Superintendencia de Riesgos del Trabajo)⁸, para la efectiva protección de las partes interesadas, con especial énfasis en el aspecto médico preventivo, la posibilidad de aparición de patologías con nuevas causas derivadas o no, de la actividad desarrollada por el trabajador en el ejercicio de su tarea o agravadas en el desempeño de la misma.

Las conclusiones a las que pudimos llegar nos permitieron determinar si la legislación vigente cumple acabadamente con sus objetivos, si debe ser modificada, aclarada en algunos de sus mandatos, si se debe de profundizar en algunos aspectos o corregir pautas establecidas, que por vía de este análisis pudimos demostrar que no son eficaces para la consecución de los fines para las que fueron dictadas, y por todo esto nos permitimos en nuestras conclusiones hacer sugerencias y proponer modificaciones.

⁴ Capacidad de lograr el efecto que se desea o se espera.

⁵ Capacidad de disponer de alguien o de algo para conseguir un efecto determinado.

⁶ Ley de Higiene y Seguridad en el Trabajo.

⁷ Ley de Riesgos del Trabajo.

⁸ Resoluciones 37/2010 y 905/2015.

El universo de investigación.

La posibilidad práctica de acceder en forma exhaustiva a la documentación pertinente para el desarrollo de la investigación, en la búsqueda de resultados fiables, nos permitió llegar a conclusiones con un grado de certeza apreciable.

El trabajo de campo fue realizado en el Departamento de Medicina Laboral del Honorable Senado de la Nación y en el Centro Interdisciplinario Universitario para la Salud (INUS) de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de la Plata.

Si bien está claro que en el universo estudiado la mayoría está dedicado a tareas de tipo administrativo, el mismo se extiende, si bien no como en una unidad de producción industrial, a personal que realiza sus tareas en ámbitos tales como carpintería, maestranza, calderas, albañilería, plomería, etc., en una magnitud que permitió, por lo menos, establecer comparaciones con un grado de validez no desdeñable.

Nuestro estudio se basó en el análisis y estudio pormenorizado de todos los exámenes médico laborales (prelaborales, periódicos, por cambio de función, luego de ausencia prolongada, por reingreso y por baja laboral) realizados al personal del Senado de la Nación en el periodo comprendido entre el 01 de junio de 2010 y el 31 de diciembre de 2015, relacionándolos con el seguimiento de los procesos patológicos que pudieron presentarse.

Fueron analizados:

- 1) Edad
- 2) Sexo
- 3) Procedencia
- 4) Antecedentes médicos prelaborales
- 5) Enfermedades preexistentes
- 6) Hallazgos patológicos
- 7) Incapacidad preexistente
- 8) Condiciones físicas y psíquicas generales
- 9) Clasificación al ingreso
- 10) Resultados de exámenes periódicos
- 11) Resultados de exámenes para la recalificación
- 12) Otros hallazgos en los exámenes médico laborales
- 13) Relaciones entre patologías nuevas y la tarea desarrollada.

Aclaración.

Creemos que para entender nuestro trabajo con un criterio más amplio es necesario definir algunos términos y conceptos (capítulo III), explicar la relación entre el hombre y el trabajo (capítulo IV) y repasar aunque parezca extensa la historia de la Medicina del Trabajo (capítulo V).

De la misma manera, si bien nuestro trabajo consiste en una investigación descriptiva cuantitativa, nos tomamos la licencia de hacer algunas propuestas al final del mismo (capítulo XV).

II. OBJETIVOS

“Licet ipsa vitium sit ambitio, frequenter tamen causa virtutum est”.¹

Objetivo general.

Analizar la importancia y necesidad de los Exámenes Médico Laborales.

Objetivos específicos.

1. Analizar los exámenes médicos prelaborales, periódicos, por cambio de tareas, por ausencias prolongadas y al finalizar la relación laboral.
2. Analizar las características de los exámenes médico laborales.
3. Determinar si son suficientes los tipos de exámenes médico laborales que se realizan según las normas vigentes.

¹ “Aunque la ambición es en sí misma un vicio, sin embargo es, con frecuencia, causa de virtudes”. Quintiliano.

4. Determinar si es necesario realizar modificaciones en los exámenes médico laborales que se realizan.

5. Sugerir las modificaciones que se deberían hacer a los exámenes médico laborales.

III. DEFINICIONES

Tse-Lu dijo: “Si el príncipe de Vei os pidiera su ayuda para dirigir los asuntos públicos, ¿a qué daríais preferencia?”

“A dar a cada cosa su verdadero nombre”.¹

Trabajo.

La palabra “trabajo” deriva del latín *tripalium* que era una herramienta parecida a un cepo con tres puntas o pies que se usaban inicialmente para sujetar caballos o bueyes y así poder herrarlos. También se usaba como instrumento de tortura para castigar esclavos o reos. De ahí que *tripaliare* significa “torturar”, “atormentar”, “causar dolor”.²

¹ CONFUCIO: *Tratados Morales y Políticos. Según los textos de Confucio y de sus discípulos Tseng-Chen, Tchu-Hi y otros.* Versión establecida por Núñez de Prado J. Editorial Iberia. Barcelona. 1971. p. 125.

“... Si los nombres no convienen a las cosas, hay confusión en el lenguaje, las cosas no se ejecutan. Si las cosas no se ejecutan, las conveniencias y la armonía son descuidadas. Estando descuidadas las conveniencias y la armonía, los suplicios y otros castigos no son proporcionados a las faltas. No siendo proporcionados a las faltas los suplicios y otros castigos, el pueblo no sabe ya donde poner la mano y el pie”. CONFUCIO: op. cit. pp. 125-126.

Confucio (K'ung-fu-tzu, que se traduce literalmente por *Maestro Kong*), (551-479 a.d.n.e.): filósofo chino creador del confucianismo y una de las figuras más influyentes de la historia china.

² GÓMEZ DE SILVA Guido: *Breve Diccionario Etimológico de la Lengua Española.* Fondo de Cultura Económica. México. 2006.

Aparecida en el siglo XII, según Alain Rey³, la palabra “*trabajo*” es un deverbial⁴ de “*trabajar*”, proveniente del latín popular *tripaliare* que significa “atormentar, torturar con el *tripalium*”. En el siglo XII la palabra designa también un tormento psicológico o un sufrimiento físico.

Trabajar, ocuparse en cualquier actividad física o intelectual.⁵

Trabajo es la acción y efecto de trabajar; la obra, resultado de la actividad humana; el esfuerzo humano aplicado a la producción de riqueza, en contraposición a *capital*.⁶

Trabajo en economía⁷ es la medida del esfuerzo hecho por seres humanos. Según la visión de la economía neoclásica, es uno de los factores de producción⁸, junto con la tierra y el capital.

³ **Alain Rey** es un lingüista y lexicógrafo francés, nacido en Pont-du-Château en 1928. Es el redactor en jefe de las publicaciones de ediciones Le Robert, especializada en la publicación de diccionarios de lengua francesa.

⁴ Se dice de una palabra que deriva o proviene de un verbo, o de la partícula (sufijo, infijo, etc.) que marca dicha derivación.

⁵ Real Academia Española, 2015.

⁶ Real Academia Española, 2015.

⁷ La **economía** (del latín *oeconomía*, y este del griego *oikovoμία* [*oikonomía*], de *oἶκος* [*oikos*], “casa”, y *νόμος* [*nomos*], “ley”) es la ciencia social que estudia:

La extracción, producción, intercambio, distribución y consumo de bienes y servicios.

La forma o medios de satisfacer las necesidades humanas mediante los recursos disponibles, que siempre son limitados.

Con base en los puntos anteriores, la forma en que individuos y colectividades sobreviven, prosperan y funcionan.

Expresado lo anteriormente se podría definir la economía como la ciencia que estudia “cómo se organiza una sociedad para producir sus medios de existencia que, distribuidos entre sus miembros y consumidos por ellos, permiten que la sociedad pueda producirlos de nuevo y así sucesivamente, proveyendo con ello, de una forma constantemente renovada, la base material para el conjunto de la reproducción de la sociedad en el tiempo”.

⁸ **Factores de producción** Son los diferentes recursos escasos que contribuyen a la creación de un producto. Algunos bienes libres que contribuyen también a la producción, como el aire o la fuerza de gravedad, no son considerados factores de la misma puesto que no entran en transacciones económicas y su precio es nulo.

Trabajo en sociología puede definirse como la ejecución de tareas que implica un esfuerzo físico o mental y que tienen como objetivo la producción de bienes y servicios para atender las necesidades humanas. El trabajo es, por lo tanto, la actividad a través de la cual el hombre obtiene sus medios de subsistencia por lo que tiene que trabajar para vivir o vive del trabajo de los demás.⁹

Se considera *trabajo* a toda actividad física o intelectual que se realiza de forma voluntaria por la cual se recibe una remuneración determinada.¹⁰

El trabajo se puede definir como “toda actividad social organizada que, a través de la combinación de recursos de naturaleza diversa (medios humanos, materiales, energía, tecnología, organización), permite alcanzar unos objetivos y satisfacer unas necesidades”.¹¹

Nuestras sociedades son, como lo escribía Habermas¹², “sociedades fundadas sobre el trabajo”. El trabajo es el fundamento del orden social y determina ampliamente el lugar de los individuos en la sociedad. Es el principal medio de subsistencia y ocupa una parte esencial de la vida de los

⁹ Dios al hombre dijo: “*Por cuanto obedeciste a la voz de tu mujer, y comiste del árbol de que te mandé diciendo: No comerás de él; maldita será la tierra por tu causa; con dolor comerás de ella todos los días de tu vida. Espinos y cardos te producirá, y comerás plantas del campo. Con el sudor de tu rostro comerás el pan hasta que vuelvas a la tierra, porque de ella fuiste tomado; pues polvo eres, y al polvo volverás*”. Génesis III. 17-19.

¹⁰ PATITO José Ángel: *Medicina Legal*. Ediciones Centro Norte. Buenos Aires. 2000. p. 433.

¹¹ CAÑADA CLÉ Jorge, et al.: *Manual para el profesor de Seguridad y Salud en el Trabajo*. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Madrid. 2009. p. 9.

¹² **Habermas Jürgen** (Düsseldorf 1929): filósofo y sociólogo alemán.

individuos. Trabajar es una norma, un “hecho social total”. El concepto de trabajo del que disponemos hoy presenta una doble característica: por un lado, es un conglomerado de capas de significación diferentes que fueran depositadas en los últimos siglos y que, de cierta manera, se sedimentaron olvidando su carácter histórico. Hacemos como si, por toda la eternidad, el trabajo hubiera estado dotado, objetiva y subjetivamente, de todos los atributos y de todas las finalidades que lo caracterizan hoy: el esfuerzo, la obligación, la transformación creadora de algo dado, la creación de valor, la utilidad, la existencia de contrapartes. En otras palabras, proyectamos sobre nuestro pasado más lejano categorías profundamente modernas y sin duda cometemos un grave error al imaginar a los antiguos, o hasta a Dios mismo, bajo la figura de un trabajador. Es esta ilusión retrospectiva la que nos hace considerar a uno de los primeros actos llamado “trabajo” (el parto, llamado todavía “*trabajo de parto*”)¹³ como emblema de la esencia del trabajo: una mezcla inextricable de dolor y de creación. En realidad se necesitarán siglos para interpretar el parto como una obra, la gesta de Dios como el resultado de trabajo o la Historia como una “creación continua”.¹⁴

“El trabajo humano se diferencia de la actividad incluso de los animales más desarrollados en que, primero, representa una influencia activa del hombre en la naturaleza, y no una simple adaptación a ella, como

¹³ REAL ACADEMIA DE MEDICINA: *Diccionario de Términos Médicos*. Panamericana. Madrid. 2012.

¹⁴ MÉDA Dominique: *¿Qué sabemos sobre el trabajo?* Revista de Trabajo. Año 3. Número 4. Enero - Noviembre 2007. pp. 17-32.

es peculiar de los animales; segundo, en que presupone el uso sistemático y, lo que es principal, la fabricación de instrumentos de producción; tercero, en que el trabajo es una actividad consciente del hombre, orientada a un fin concreto; cuarto, en que desde el comienzo mismo tiene carácter social y es inconcebible fuera de la sociedad”.¹⁵

Según la Ley 20.744¹⁶, Artículo 4° - Concepto de trabajo. Constituye trabajo, a los fines de esta ley, toda actividad lícita que se preste en favor de quien tiene la facultad de dirigirla, mediante una remuneración. El contrato de trabajo tiene como principal objeto la actividad productiva y creadora del hombre en sí. Sólo después ha de entenderse que media entre las partes una relación de intercambio y un fin económico en cuanto se disciplina por esta ley.

Medicina del trabajo.

La Medicina del Trabajo es la especialidad médica que se dedica al estudio de las enfermedades y los accidentes que se producen por causa o consecuencia de la actividad laboral, así como las medidas de prevención que deben ser adoptadas para evitar o aminorar sus consecuencias.

¹⁵ ACADEMIA DE CIENCIAS DE LA URSS: *Fundamentos de Filosofía Marxista Leninista* (Tomo II). Cartago. Buenos Aires. 1976. pp. 33-34.

¹⁶ Ley de Contrato de Trabajo.

La medicina del trabajo es aquella que se ocupa de las enfermedades causadas por el trabajo y de los medios de prevenir éstas y los accidentes laborales.¹⁷

Es la especialidad médica donde el conjunto de conocimientos médicos se aplican a la actividad laboral.

Estudia, trata y previene las enfermedades y accidentes relacionados con el trabajo, denominados genéricamente infortunios laborales.¹⁸

La Medicina del Trabajo estudia las causas, consecuencias, profilaxis y tratamiento de los estados mórbidos derivados de una actividad laboral.¹⁹

Es la disciplina científica, rama de la medicina cuyo objetivo es impedir que el trabajador sufra accidentes o pierda la salud como consecuencia de la actividad laboral. Para ello, lleva a cabo el estudio y análisis de los riesgos a los que están expuestos los trabajadores y propone las medidas adecuadas para evitarlos o, en su caso, controlarlos. Igualmente, a través de exámenes médicos previos y periódicos, situará a los trabajadores en aquellos puestos que mejor se adapten a sus aptitudes y condiciones de salud.²⁰

¹⁷ JOVEN MARIED Jorge, VILLABONA ARTERO Carlos, JULÍA CERDÁ Gabriel, GONZÁLEZ-HUIX LLANDÓ Fernando: *Diccionario de Medicina*. Marín. Barcelona. 1986.

¹⁸ BASILE Alejandro A.: *Diccionario enciclopédico de Medicina Legal y ciencias afines*. Ediciones Jurídicas Cuyo. Mendoza. 2004.

¹⁹ VARGAS ALVARADO Eduardo: *Medicina Legal*. Trillas. México. 1996. p. 343.

²⁰ REAL ACADEMIA DE MEDICINA: *Diccionario de Términos Médicos*. Panamericana. Madrid. 2012.

Para Pierre Mazel²¹, *“la Medicina del Trabajo es la más humana de todas las ciencias cuya esencia consiste en el cuidado del hombre que trabaja, para evitarle todo sufrimiento físico o moral”*.²²

El Comité mixto OIT/OMS definió en 1950 a la Medicina del Trabajo como: *“la rama de la medicina que tiene por objeto la promoción y mantenimiento del máximo bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todas las ocupaciones, la prevención entre los trabajadores de los trastornos de salud causados por las condiciones de trabajo, la protección de los trabajadores contra riesgos laborales, resultantes de factores adversos a la salud, la colocación y mantenimiento del trabajador en un medio laboral adaptado a sus condiciones psicológicas y fisiológicas del trabajo; en resumen, la adaptación del trabajo al hombre y de cada hombre a su trabajo”*.²³

Para Donato Boccia: *“Medicina del Trabajo es la ciencia que estudia en un designio único todos los problemas que se refieren al trabajador como motor humano y al ambiente donde actúa; vale decir, la*

²¹ **Pierre Mazel** (Lyon, Francia, 1884-1965): Médico Legista y Médico del Trabajo, profesor de Medicina Legal y Medicina del Trabajo de la Facultad de Medicina de Lyon, Francia.

²² Actualizaciones de Tratamiento “Roche”: *Medicina del Trabajo (Introducción al estudio de la Medicina del Trabajo)*. 1:2-6, 1969.

²³ OMS: *Comité mixto OIT/OMS sobre higiene del trabajo*. OMS Informe Técnico N° 135. Ginebra. 1957.

*ciencia que estudia la personalidad del trabajador en relación directa o indirecta con el trabajo”.*²⁴

*“La Medicina del Trabajo es primordialmente preventiva y social y estudia los medios para conservar la salud, es una medicina de masas. La Medicina del Trabajo abarca la Fisiología, la Biotipología, la Fisiopatología, la Protección y la Patología del Trabajo”.*²⁵

Según Adolfo Ricardo Antoni, *“la Medicina del Trabajo es la aplicación de los conocimientos, desde el ámbito de la medicina, a todas las cuestiones vinculadas con la actividad laboral”.*²⁶

Accidente de trabajo.

Lesión corporal sufrida por el trabajador con ocasión o por consecuencia del trabajo ejecutado o durante los trayectos de ida y vuelta hacia el mismo.²⁷ El trabajo puede realizarse por cuenta ajena o, si se trata de un autónomo dado de alta en la Seguridad Social, por cuenta propia.²⁸

²⁴ BOCCIA Donato: *Medicina del Trabajo; aspecto fisiobiotipológico y fisiopatológico, higiénico y médicosocial*. Hachette. Buenos Aires. 1952. p. 12.

²⁵ BOCCIA Donato: op. cit. pp. 32-33.

²⁶ ANTONI Adolfo Ricardo: *Curso Superior de Medicina del Trabajo. Clases Magistrales*. Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires. 1975.

²⁷ En seguridad y salud laboral y derecho laboral, se denomina “*accidente in itinere*” al accidente ocurrido al trabajador durante el desplazamiento desde su domicilio a su lugar de trabajo o viceversa. Se exceptúan aquellos casos en los que el trabajador haya interrumpido o modificado el trayecto por causas ajenas al

Reclus define el accidente de trabajo como “un hecho súbito e imprevisto, sobrevenido por el hecho o en ocasión del trabajo y que ocasiona en el organismo lesiones o alteraciones funcionales, permanentes o transitorias”.²⁹

Accidente de trabajo es todo suceso anormal, no querido ni deseado, que se produce de forma brusca e inesperada, aunque normalmente es evitable, que rompe la normal continuidad del trabajo y puede causar lesiones a las personas.³⁰

La Ley 24.557³¹ lo define de la siguiente manera:

Artículo 6° - Contingencias. Inc. 1. Se considera accidente de trabajo a todo acontecimiento súbito y violento ocurrido por el hecho o en ocasión

trabajo, ya que se rompe el nexo causal. Dicho en otras palabras, el accidente de trabajo “in itinere” exige que ocurra en el camino de ida y vuelta al trabajo (elemento teleológico), que no se produzcan interrupciones entre el trabajo y el accidente (elemento temporal) y que se emplee el itinerario habitual (elemento geográfico), mediante la utilización de medios y recorridos usuales (elemento de idoneidad). Este tipo de accidente se asimila, en cuanto a sus consecuencias legales, a un “accidente de trabajo” como el que hubiera tenido lugar en el propio centro de trabajo, ya que se debe a la necesidad del trabajador de desplazarse con motivo de su empleo.

In itinere es una locución latina que significa “en el camino”. Se refiere por tanto a un suceso o hecho que transcurre en el trayecto entre dos puntos.

La revolución industrial y la consiguiente concentración de la población en las ciudades incrementó los accidentes de la circulación porque las personas ya no trabajaban predominantemente en su domicilio como hasta entonces, sino que lo hacían en fábricas y talleres hacia los cuales debían trasladarse desde sus viviendas.

A medida que crecían las ciudades aumentaba también la distancia que debían recorrer para llegar al lugar de trabajo y, por consiguiente, el riesgo de accidentes.

Esta situación tornó necesario que las normas protectoras del trabajador en materia de accidentes de trabajo se extendieran, primero por labor de los jueces y luego en la legislación, a los accidentes in itinere. La calificación de un accidente como in itinere requiere una valoración de las circunstancias del caso (determinación de cuál es el trayecto más directo, si hay concordancia entre la hora del accidente y el horario de entrada y salida del trabajo, etc.) que puede dar lugar a soluciones controvertidas. El trabajador que sufre un accidente de este tipo, que la mayoría de las veces es un accidente vial, tiene todos los derechos que derivan de un accidente laboral a menos que haya mediado culpa grave del trabajador.

²⁸ REAL ACADEMIA DE MEDICINA: op. cit.

²⁹ VARGAS ALVARADO Eduardo: op. cit. p. 344.

³⁰ CAÑADA CLÉ Jorge, et al.: op. cit. p. 13.

³¹ Ley de Riesgos del Trabajo.

del trabajo, o en el trayecto entre el domicilio del trabajador y el lugar de trabajo, siempre y cuando el damnificado no hubiere interrumpido o alterado dicho trayecto por causas ajenas al trabajo. El trabajador podrá declarar por escrito ante el empleador, y éste dentro de las setenta y dos (72) horas ante el asegurador, que el itinere se modifica por razones de estudio, concurrencia a otro empleo o atención de familiar directo enfermo y no conviviente, debiendo presentar el pertinente certificado a requerimiento del empleador dentro de los tres (3) días hábiles de requerido.

Enfermedades del trabajo (enfermedades profesionales).

Se denomina enfermedad del trabajo o enfermedad profesional a toda aquella enfermedad adquirida en el puesto de trabajo (como causa de este). Dicha enfermedad está declarada como tal por la ley o el resto del Derecho.

La Organización Mundial de la Salud emplea el término “enfermedades relacionadas con el trabajo” para referirse no sólo a las enfermedades profesionales, sino también a aquellas en las que las condiciones de trabajo pueden contribuir como uno más de los factores causales.

Cuadros médicos originados por la incidencia (sensible o insensible) de agentes o vectores, sustancias, elementos, hechos o circunstancias de un trabajo, con acción vulnerante reconocida sobre el organismo del trabajador, que provoca incapacidad laboral o la muerte de este.³²

Enfermedad contraída en el trabajo o a consecuencia del mismo; para ser considerada como contingencia con derecho a reparación por el seguro, tiene que cumplir una serie de requisitos que están regulados por la ley.³³

La enfermedad profesional lejos de constituir una acción excepcional, es producto del trabajo diario en un medio industrial determinado; es de origen lento y se agrava también lentamente, en reacciones diferentes (leves o graves), según la condición física del individuo.³⁴

Algunos autores distinguen entre enfermedades del trabajo y enfermedades profesionales. Enfermedades del trabajo son aquellas desencadenadas o agravadas por el ambiente laboral. Enfermedades profesionales o tecnopatías son las debidas única y exclusivamente a determinados ambientes peligrosos de trabajo, capaces de producirles en

³² BASILE Alejandro A.: op. cit.

³³ REAL ACADEMIA DE MEDICINA: op. cit.

³⁴ UBEROS Gea: *Higiene industrial*. Aguilar. Madrid. 1951. p. 3.

quienes obligadamente deben laborar en ellos por la naturaleza especial de su oficio.³⁵

La Ley 24.557³⁶ lo define de la siguiente manera:

Artículo 6° - Contingencias. Inc. 2. Se consideran enfermedades profesionales aquellas que se encuentran incluidas en el listado de enfermedades profesionales que elaborará y revisará el Poder Ejecutivo anualmente³⁷, conforme al procedimiento del artículo 40 apartado 3 de esta ley. El listado identificará agente de riesgo, cuadros clínicos y actividades en capacidad de determinar por sí la enfermedad profesional.

Las enfermedades no incluidas en el listado como sus consecuencias en ningún caso serán consideradas resarcibles.³⁸

³⁵ VARGAS ALVARADO Eduardo: op. cit. p. 348-349.

³⁶ Ley de Riesgos del Trabajo.

³⁷ La Ley 24.557 fue promulgada el 03 de octubre de 1995, el Decreto 658/96 (Listado de Enfermedades Profesionales) es del 24 de junio de 1996, y recién el 14 de enero de 2014, es decir casi 18 años más tarde, se revisó el listado de Enfermedades Profesionales que incluyeron por medio del Decreto 49/2014, a las Hernias Inguinales directas y mixtas, a las Hernias Crurales, a las Várices Primitivas bilaterales y a las Hernias Lumbo-Sacras; dejando fuera del listado a muchas Enfermedades Profesionales no menos importantes.

³⁸ **Ley 24.557.**

Art. 6° — Contingencias. Inc. 3. Están excluidos de esta ley:

- a) Los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales causados por dolo del trabajador o por fuerza mayor extraña al trabajo.
- b) Las incapacidades del trabajador preexistentes a la iniciación de la relación laboral y acreditadas en el examen preocupacional efectuado según las pautas establecidas por la autoridad de aplicación.

IV. EL HOMBRE Y EL TRABAJO

*“Desconfiad del que os diga que sólo sabe
de medicina, que ése ni de medicina sabe”.¹*

Con la aparición de los primeros organismos microscópicos (virus, bacterias, etc.) se inicia la vida en nuestro planeta hace aproximadamente 2.500 millones de años.

Después de una larguísima evolución a partir de estos primitivos organismos pasando por los invertebrados, artrópodos, peces, anfibios, reptiles y pájaros se llega finalmente a los mamíferos; el último de estos es el hombre.

El hombre no apareció de golpe ni era igual al hombre de hoy, es decir, que el hombre actual es el resultado de un largo proceso evolutivo que comenzó hace, por lo menos, cinco millones de años con el primer hombre primitivo: el Australopithecus.²⁻³

¹ **José Letamendi Manjares** (1828-1897): Catedrático de Patología, higienista, sociólogo, político, economista y literato.

² SCARRE Christopher J.: *The human past: world prehistory and the development of human societies*. Thames & Hudson. Londres. 2005.

³ El inicio del film 2001: Odisea del espacio, de Stanley Kubrick (1968), es por sí sólo un clásico en la iconografía moderna. Allí el director, basado en la novela homónima de Arthur C. Clarke, se la juega al

El hombre, según la definición de Benjamín Franklin es “*Man is a tool-making animal*”⁴.

Del mismo modo también lo señala en su clásico trabajo “*El papel del trabajo en la formación del mono en hombre*”⁵ Federico Engels que señaló que el trabajo es la fuerza motriz, la base de la formación del hombre.

En el proceso de formación del hombre (antropogénesis) pueden distinguirse varias etapas importantes vinculadas con la fabricación de los instrumentos de trabajo.

La primera etapa, la más larga, de una duración de 2.500.000 años, va desde el “*Australopithecus*” (5.000.000) hasta hace 2.500.000 años con la aparición del “*Homo habilis*”.⁶⁻⁷

La segunda etapa comienza hace 1.800.000 años con la aparición del “*Homo erectus*” o “*Pitecántropo*”; hace 300.000 años el “*Homo sapiens*” y hace 90.000 años el hombre contemporáneo, “*Homo sapiens sapiens*”.

Según los datos de la arqueología moderna, los más antiguos utensilios de

recrear en forma simbólica nada menos que el origen de la humanidad. Bajo el signo de un extraño monolito negro con la forma de un paralelepípedo perfecto, una horda de simios descubre que manipular objetos los vuelve capaces de matar enemigos e incluso animales más fuertes. Festejando su triunfo sobre los huesos de un rival muerto, el macho alfa de la horda lanza hacia lo alto un largo hueso que vuela por los aires y, tras una elipsis de más de 4 millones de años, el fálico símbolo se transforma en una nave cilíndrica que surca el espacio exterior al compás de “*Danubio azul*”, de Johann Strauss.

⁴ “El hombre es un animal que fabrica instrumentos”.

⁵ ENGELS Federico: *El Papel del Trabajo en la transformación del mono en hombre*. Polémica. Buenos Aires. 1973.

⁶ PORRO Magdalena: *Teorías de la Evolución. Cómo progresa la vida*. Longseller. Buenos Aires. 2002.

⁷ VALLS Antonio: *Introducción a la Antropología. Fundamentos de la evolución y de la variabilidad biológica del hombre*. Labor. Barcelona. 1980. pp. 155-173.

piedra han sido hallados en los sedimentos del periodo cuaternario (hace 1.500.000 de años).⁸⁻⁹

Esto confirma el nexo interno existente entre el desarrollo del trabajo y la formación del hombre. Durante esta primera etapa nuestros antecesores pasaron gradualmente del simple aprovechamiento de los objetos dados por la naturaleza (aprovechamiento que se encuentra a veces entre los animales) a la preparación de los instrumentos de trabajo.

En la última etapa se han producido cambios radicales en el tipo físico del ser humano. A esta etapa corresponden la creación de diversos instrumentos de trabajo (de piedra de hueso y de cuero).

La actividad laboral tuvo dos consecuencias decisivas:

En la *Primera* el organismo de los antepasados del hombre comenzó a adaptarse no simplemente a las condiciones del medio, sino al trabajo. Las peculiaridades específicas de la organización física del ser humano (la facultad de caminar erguido, la diferenciación de las funciones de las extremidades inferiores y superiores, el desarrollo de las manos y del cerebro) fueron perfeccionándose durante un largo proceso de adaptación del organismo a la realización de operaciones laborales.

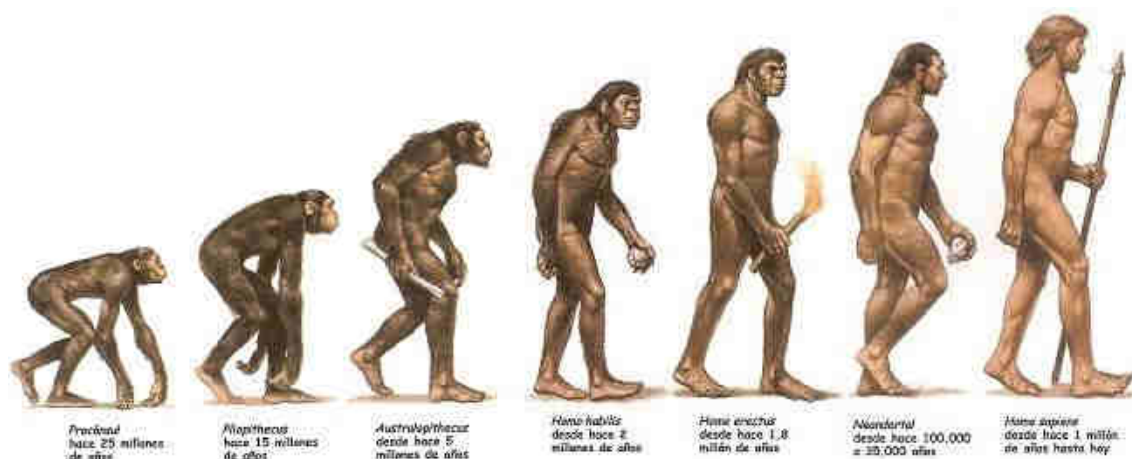
En la *Segunda* el trabajo, al ser una actividad integradora del funcionamiento del ser, estimuló el surgimiento y desarrollo de la palabra

⁸ PORRO Magdalena: op. cit.

⁹ VALLS Antonio: op. cit. pp. 175-223.

articulada, del lenguaje como medio de comunicación, de acumulación y transmisión de experiencia laboral y social.¹⁰

*“El trabajo, decía Engels, es la condición básica y fundamental de toda la vida humana. Y lo es en grado tal, que hasta cierto punto, debemos decir que el trabajo ha creado al propio hombre” y agregaba: “Primero el trabajo, luego y con él, el lenguaje articulado, fueron los dos estímulos principales bajo cuya influencia el cerebro del mono se fue transformando gradualmente en cerebro humano”.*¹¹



¹⁰ “El hombre es fundamentalmente, un ser social, que todo cuanto en él es “humano” proviene de su vida en la sociedad, en el seno de la cultura, creada por la humanidad”. LEONTIEV Aleksei Nikolayevich: *El hombre y la cultura*. Omegalfa. 2013.

¹¹ ENGELS Federico: op. cit.

La mano.

*“Seguramente no hay mayor sabiduría que coger a tiempo
la iniciación y el comienzo de las cosas”.¹²*

Hace muchos varios millones de años, en una época, aún no bien establecida definitivamente, de aquel periodo de desarrollo de la tierra que los geólogos denominan terciario (Era Cenozoica)¹³, 65.500.000 a 2.500.000 de años), probablemente a fines de este período, vivía en algún lugar de la zona tropical (quizás en un extenso continente hoy desaparecido en las profundidades del océano o transformado en otro continente) una raza de monos antropomorfos extraordinariamente desarrollados. Darwin nos ha dado una descripción aproximada de estos antepasados nuestros. Estaban totalmente cubiertos de pelo, tenían barba, orejas puntiagudas, vivían en los árboles y formaban manadas.

Es de suponer que como consecuencia directa de su género de vida, por el que las manos al trepar tenían que desempeñar funciones distintas a las de los pies, estos monos se fueron acostumbrando a prescindir de ellas

¹² BACON Francis: *Ensayos. 21. De las dilaciones*. Editorial Aguilar. Buenos Aires. 1980. p. 97.

¹³ La **Era Cenozoica** o **Cenozoico** (antiguamente también **Era Terciaria**), una división de la escala temporal geológica, es la era geológica que se inició hace unos $65,5 \pm 0,3$ millones de años y que se extiende hasta la actualidad. Es la tercera y última era del Eón Fanerozoico y sigue a la Era Mesozoica. Su nombre procede del idioma griego y significa “animales nuevos” (de *καινός/kainos*, “nuevo” y *ζωή/zoe*, “animal o vida”).

al caminar por el suelo y empezaron a adoptar más y más una posición erecta. “*Fue el paso decisivo del tránsito del mono al hombre*”.

Las garras, incapaces de soportar el peso del hombre, y no muy adecuadas ya para las nuevas funciones de la mano, se fueron poco a poco transformando en uñas; la cara palmar de las manos perdió sus pelos y millares de corpúsculos de Meissner vinieron a suplirlos con ventaja, la oposición del pulgar se sumó a esta diferenciación.¹⁴

En el perfeccionamiento de la mano humana el pulgar ha tenido una importancia decisiva; al pulgar debe principalmente la mano la exaltación de su rendimiento. En el mono el pulgar es todavía un órgano incompleto (Pollex ridiculous) y en ciertos pueblos primitivos se halla débilmente desarrollado.¹⁵⁻¹⁶

¹⁴ WILSON Frank R.: *La Mano. De cómo su uso configura el cerebro, el lenguaje y la cultura humana*. Tusquets. Barcelona. 2002. pp. 135-152.

¹⁵ MIERZECKI H.: *Acerca de la morfología de la mano*. Actas Ciba, N° 6, Junio 1941. pp. 159-164.

¹⁶ Refiere Tácito que para sellar sus pactos algunos reyes bárbaros acostumbraban a juntar fuertemente la palma de la mano derecha, y a entrelazar después los pulgares hasta que, de puro apretar, la sangre casi salía por las yemas. Luego se los punzaban ligeramente y se los chupaban con reciprocidad mutua.

Los médicos dicen que los pulgares son los dedos maestros de la mano, y que la palabra pulgar viene de *pollere* (Poder, valer mucho). Los griegos los llaman **ἀντιχείρ**, que vale tanto como decir otra mano, y entiendo que los latinos toman también a veces este vocablo en el sentido de una mano cabal:

Sed nec vocibus excitata blandis, molli pollice nec rogata, surgit.

No es preciso dirigirle palabras galantes, ni la invitación de un pulgar delicado.
MARCIAL, XII, XCVII, 8.

En Roma era signo de merced el estrechar y besar los dedos pulgares:

Fautor utroque tuum laudabit pollice ludum.

En general, aun hoy podemos observar entre los monos todas las formas de transición entre la marcha a cuatro patas y la marcha en posición erecta. Pero para ninguno de ellos ésta última ha pasado de ser un recurso circunstancial.

Y puesto que la posición erecta había de ser para nuestros peludos antepasados primero una norma y luego una necesidad, de aquí se desprende que por aquel entonces las manos tenían que ejecutar funciones cada vez más variadas. Incluso entre los monos existe ya cierta división de funciones entre los pies y las manos.

Para trepar las manos son utilizadas de distinta manera que los pies, las manos sirven fundamentalmente para recoger y sostener los alimentos, como lo hacen ya algunos mamíferos inferiores con sus patas delanteras.

Aplaudirá tu juego bajando los dos pulgares.
HORACIO, *Epíst.*, I, 18.

y de disfavor, el levantarlos volviéndolos hacia fuera:

Converso pollice vulgi, quemlibet occidunt populariter.
Cuando el público alza los pulgares hay que morir para congraciarse con él.
JUVENAL, III, 36.

Dispensaban los romanos del servicio militar a los que tenían esos dedos defectuosos, o sólo uno de ellos, como si por esto no pudieran manejar las armas con acierto. Augusto confiscó los bienes a un caballero que apeló a la estratagema de cortar los pulgares a sus dos hijos para librarlos de empuñar las armas. Antes de aquel emperador el senado romano, en la época de la guerra itálica, había condenado a Cavo Vatieno a prisión perpetua, y le había confiscado también todos sus intereses, por haberse cortado el dedo pulgar de la mano izquierda, con el mismo fin que perseguía el caballero para sus hijos.

Alguien, cuyo nombre no recuerdo, habiendo ganado un combate naval, hizo cortar los pulgares a los vencidos para imposibilitarlos de guerrear y de manejar los reinos. Los atenienses se los cortaron a los eginetas para que no les aventajasen en el arte de la marinería.

En Lacedemonia los maestros de escuela castigaban a los niños mordiéndoles los dedos pulgares.

MONTAIGNE Michel Eyquem: *Ensayos*. (Tomo II). *Capítulo XXVI. De los pulgares*. Altaya. Barcelona. 1995.

Algunos primates usan sus manos para empuñar garrotes para defenderse de sus agresores, arrojar frutos o piedras y construir tejadillos entre las ramas para defenderse de las inclemencias del tiempo. Cuando se encuentran en cautiverio, realizan con las manos operaciones sencillas que copian de los hombres.

Pero es aquí donde se ve la gran diferencia entre la mano del mono, incluso el antropoide superior y la mano del hombre, perfeccionada por el trabajo durante miles de años. El número y la disposición general de los huesos y de los músculos son los mismos en el mono y en el hombre, pero la mano del salvaje más primitivo es capaz de ejecutar centenares de operaciones que no pueden ser realizadas por la mano de ningún mono. Ni una mano simiesca ha construido jamás un cuchillo de piedra, por tosco que fuese.

Por eso, las funciones para las que nuestros antepasados fueron adaptando poco a poco sus manos durante los muchos miles de años que duró el periodo de transición del mono al hombre, sólo pudieron ser, en un principio, funciones sumamente sencillas.¹⁷⁻¹⁸

¹⁷ “*El ser humano se encuentra suspendido a medio camino entre los dioses y las bestias*”. PLOTINO.

¹⁸ En lo que a mí concierne, prefiero descender del heroico monito que se plantó ante su más temido enemigo para salvar la vida de su cuidador o del viejo babuino que descendió de la montaña y arrebató triunfalmente a un camarada más joven de los dientes de una sorprendida jauría, que de un salvaje que halla placer en torturar a sus enemigos, que ofrece sacrificios sangrientos, comete infanticidios sin el menor escrúpulo, trata a sus mujeres como esclavas, no conoce el decoro y es víctima de las más necias supersticiones. DARWIN Charles R.: *El origen del hombre*. Terramar. Buenos Aires 2010.

Antes que el primer trozo de sílex hubiese sido convertido en cuchillo por la mano del hombre, debió haber pasado un periodo de tiempo tan largo que, en comparación con él, el período histórico conocido por nosotros resulta insignificante.

Pero se había dado ya el paso decisivo: “*la mano era libre*” y podía adquirir ahora cada vez más destreza y habilidad; y esta mayor flexibilidad adquirida se transmitía por herencia y se acrecía de generación en generación.

La alimentación, cada vez más variada, aportaba al organismo nuevas sustancias; con lo que se crearon las condiciones químicas para la transformación de estos monos en seres humanos.

Pero todo esto no era trabajo en el verdadero sentido de la palabra. El trabajo comienza con la elaboración de instrumentos.

¿Y qué son los instrumentos más antiguos, si juzgamos por los restos que nos han llegado del hombre prehistórico, por el género de vida de los pueblos más antiguos que registra la historia, así como por el de los salvajes actuales más primitivos?

Son instrumentos de caza y de pesca; los primeros utilizados también como armas. Pero la caza y la pesca suponen el tránsito de la alimentación exclusivamente vegetal a la alimentación mixta, lo que significa un nuevo paso de suma importancia en la transformación del mono en hombre.

El consumo de carne ofreció al organismo, en forma casi acabada, los ingredientes más esenciales para su metabolismo. Con ello acortó el proceso de la digestión y otros procesos de la vida vegetativa del organismo (es decir, los procesos análogos a los de la vida de los vegetales), ahorrando así tiempo, materiales y estímulos para que pudiera manifestarse activamente la vida propiamente animal. Y cuanto más se alejaba el hombre en formación del reino vegetal, más se elevaba sobre los animales. De la misma manera que el hábito de la alimentación mixta convirtió al gato y al perro salvajes en servidores del hombre, así también el hábito a combinar la carne con la dieta vegetal contribuyó poderosamente a dar fuerza física e independencia al hombre en formación.

Pero donde más se manifestó la influencia de la dieta cárnea fue en el cerebro que recibió así en mucha mayor cantidad que antes las sustancias necesarias para su alimentación y desarrollo, con lo que su perfeccionamiento fue haciéndose mayor y más rápido de generación en generación. Debemos reconocer (y perdonen los señores vegetarianos) que ha sido gracias al consumo de la carne como el hombre ha llegado a ser hombre.¹⁹

El consumo de carne en la alimentación significó dos nuevos avances de importancia decisiva: el uso del fuego y la domesticación de animales.

¹⁹ ARSUAGA Juan Luis: *Los aborígenes. La alimentación en la evolución humana*. RBA Libros. Barcelona. 2002. p. 52.

El primero, redujo aún más el proceso de la digestión, ya que permitía llevar a la boca comida, como si dijéramos, medio digerida; el segundo, multiplicó las reservas de carne, pues ahora, a la par con la caza, proporcionaba una nueva fuente para obtenerla en forma más regular. La domesticación de animales también proporcionó, con la leche y sus derivados, un nuevo alimento que en cuanto a composición era por lo menos del mismo valor que la carne. Así, pues, estos dos adelantos se convirtieron directamente para el hombre en nuevos medios de emancipación.²⁰

Vemos, pues, que la mano no es sólo el órgano del trabajo, es también producto de él. Únicamente por el trabajo, por la adaptación a nuevas funciones, por la transmisión hereditaria del perfeccionamiento especial así adquirido por los músculos, los ligamentos y, en un periodo más largo, también por los huesos y por la aplicación siempre renovada de estas habilidades heredadas a funciones nuevas y cada vez más complejas ha sido como la mano del hombre ha alcanzado ese grado de perfección que la hecho capaz de dar vida, como por arte de magia a los cuadros de Rafael, las estatuas y pinturas de Miguel Ángel, las estatuas de Thorwaldsen, las de Rodin, a la música de Mozart y Paganini y al sonido del bandoneón de Troilo.

²⁰ PALERMO Epifanio: *Enfermos, Médicos y Sociedades en la Historia. Prehistoria-Comunidad Primitiva-Sociedad Antigua o Esclavista*. Cientec. Buenos Aires. 1989. pp. 75-78

En la actualidad los biólogos conocen en gran detalle la anatomía molecular de la mano humana. Al mismo tiempo, conocen cómo el organismo elabora las instrucciones para construir esa mano, el lenguaje genético utilizado para diseñar cada dedo. Los actuales estudios confirman que el desarrollo de las extremidades se controla mediante proteínas (factores de crecimiento) y los genes que determinan la aparición de un miembro superior o un miembro inferior son diferentes, (el gen específico del brazo es el Tbx5 y el de la pierna el Tbx4).²¹

Por lo general, la longitud de la mano corresponde a 1/10 de la longitud del cuerpo. En la palma de mano y los dedos se encuentran líneas, eminencias y depresiones que se profundizan o se borran más o menos en el transcurso de la vida, pero que no se alteran en su número y carácter. Los llamados surcos flexores se desarrollan en el segundo al tercer mes de vida embrionaria, antes de que la mano pueda realizar movimientos regulares; por lo tanto no son producto del movimiento de la mano y los dedos como se aceptaba en otros siglos. La configuración de las líneas de las manos son congénitas (una conjugación de los caracteres paternos), idénticas en gemelos homocigotas.²²⁻²³

²¹ TAKEUCHI Jun K., KOSHIBA-TAKEUCHI Kazuko, MATSUMOTO Ken, et al.: *Tbx5 and Tbx4 genes determine the wing/leg identity of limb buds*. Nature 398, 810-814 (29 April 1999).

²² SADLER T.W.: *Langman. Embriología Médica con orientación clínica*. Panamericana. Buenos Aires. 2007.

²³ Aunque los gemelos comparten muchas características, la huella dactilar no es una de ellas. Esto se debe a que los dibujos de la huella no están totalmente determinados por la información de los genes, que es la que comparten los gemelos idénticos. Uno de los factores ambientales que determinan la forma de la

Además de los surcos en las palmas de las manos son características las eminencias y las crestas. Las eminencias son causadas por los músculos de las manos, las de primer grado: en los dedos; las de segundo grado: las metatarso falángicas; y las de tercer grado: la tenar y la hipotenar.

También se desarrollan entre el segundo y tercer mes de vida embrionaria las crestas cutáneas que tienen entre 0,2-0,7 mm de ancho y 0,1-0.4 mm de altura están limitadas por los surcos cutáneos; mientras que en la palma de la mano las figuras que forman son relativamente sencillas, en el pulpejo de los dedos ofrecen una variedad ilimitada de formas. Las líneas de la mano se heredan, pero nunca las de las crestas.

Desde aquella remota era de la transformación de la mano, llevamos grabado en la estructura misma de la corteza cerebral, el rastro imborrable de la acción de la mano. Es bien sabido que la sensibilidad y motricidad de nuestro cuerpo tiene su representación total a lo largo de las dos circunvoluciones que rodean la cisura de Rolando y que esa representación se distribuye (de acuerdo a un viejo símil) como si fuera un hombre que tuviera la cabeza dirigida hacia el lago silviano y las piernas hacia la circunvolución paracentral (es el homúnculo).

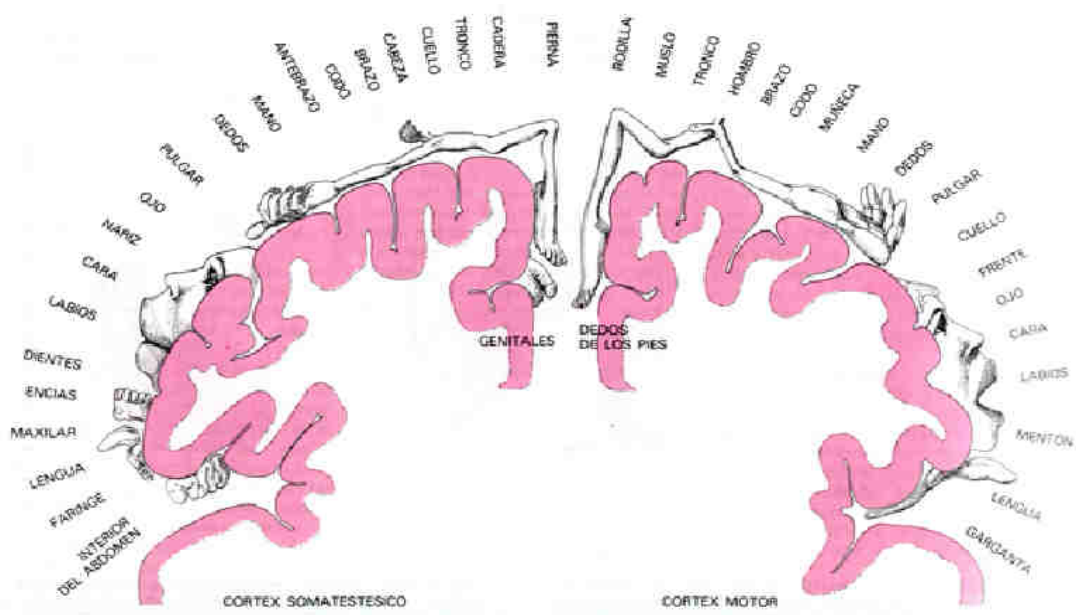
huella dactilar son las fuerzas intrauterinas, por ejemplo la que ejerce el flujo amniótico alrededor del feto durante el periodo de gestación, y que determina el dibujo de las yemas de los dedos de pies y manos. Como cada hermano ocupa una posición diferente en el útero, las fuerzas intrauterinas son distintas y como resultado los dibujos de sus huellas dactilares, aunque se parezcan, son únicos. Otros factores que pueden determinar el dibujo son las variaciones en la concentración de algunas hormonas y factores de crecimiento durante la gestación.

Pero el espacio ocupado por la sensibilidad en la corteza cerebral no está en proporción con el tamaño de la superficie que representa, sino con el número de neuronas que dicha región contiene, o como dice Flechsig²⁴ (en otro lenguaje que quiere decir lo mismo) con la superficie de sección de los nervios periféricos.

La yema de los dedos, aunque es una superficie más pequeña que la de la espalda, posee una localización cortical muchísimo más grande, en razón precisamente de la riqueza extraordinaria de sus receptores sensoriales. En igual forma también y por los mismos motivos la extensión de las localizaciones motoras no están en proporción con el tamaño o número de los músculos, sino con la riqueza de sus funciones e inervación. La musculatura del tronco, por ejemplo, ocupa un lugar mínimo en la corteza cerebral, mientras que el pulgar y el índice requieren por sí solos una superficie cortical considerable, casi tan grande como la de la pierna entera.

Es la complejidad y el valor psíquico de los movimientos lo que determina la mayor o menor localización en la corteza.

²⁴ **Paul Emil Flechsig** (Alemania 1847-1929): neuroanatomista, neuropatólogo y psiquiatra.



Las modificaciones más significativas que el trabajo y el lenguaje han producido en el cerebro del hombre son:

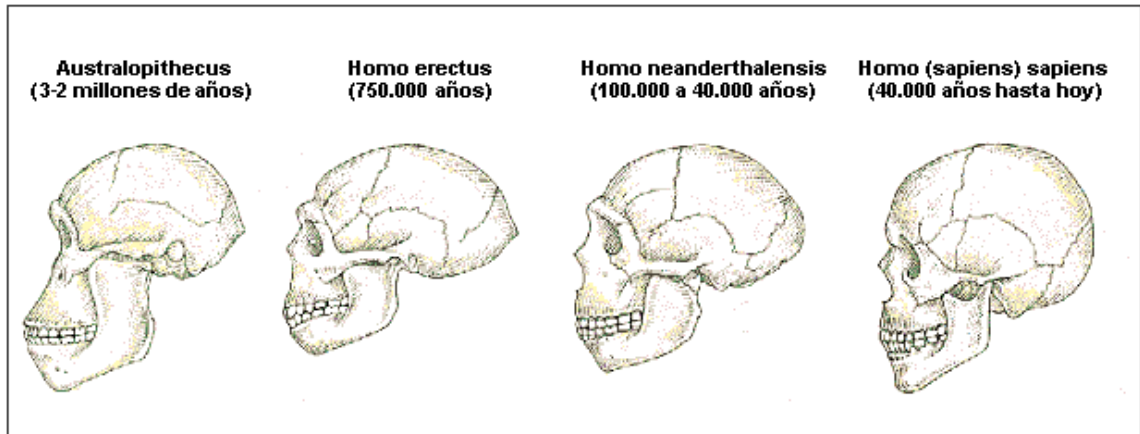
- 1) Aumento del volumen.²⁵ -²⁶

| Cerebro | Tamaño | Años |
|------------------|-----------------|------------------------|
| Mono | 275 a 500 gr. | |
| Australopithecus | 800 a 1.100 gr. | 4 a 2 millones |
| H. hábilis | 800 gr. | 2,5 a 1,5 millones |
| H. erectus | 1.300 gr. | 1,9 millones a 70 mil |
| H. sapiens s. | 1.500 gr. | 90 mil a la actualidad |

²⁵ Modificado de: SAGAN Carl E.: *Los Dragones del Edén. Especulaciones sobre la evolución de la inteligencia humana*. Editorial Planeta DeAgostini. S.A. España. 2003. p. 93.

²⁶ “De todos los animales, el hombre es el que tiene el cerebro más grande en proporción a su tamaño”.
ARISTÓTELES: *De las partes de los animales*.

2) Desarrollo de las zonas frontales, parietales y temporales, izquierdas, donde se encuentran los centros nerviosos de todo lo nuevo que tiene el hombre.



La sociedad.

Todo el desarrollo humano fue posible porque el hombre formó y vivió en sociedad, creó el ambiente social en el cual los hombres se influyen entre sí. Por lo tanto el hombre es un ser social, nunca vivió ni pudo aparecer al margen de la sociedad ni antes que ella. Pero tampoco la sociedad pudo surgir antes que el hombre.

Las teorías, definiciones, clasificaciones y concepciones sobre la sociedad elaboradas a través del tiempo, comenzando por Aristóteles y los sofistas en la antigüedad, los pensadores de los siglos XVII y XVIII (Hobbes, Locke y Rousseau), los de la Ilustración, Hegel, Marx, Max

Weber, Kurkheim, Pareto, Parsons, Gurvitch, Wright, Mills, hasta los que hacen referencia exclusivamente al nivel de desarrollo tecnológico (sociedad subdesarrollada o desarrollada, industrializada o sin industrias) con independencia del régimen de producción, ya sea capitalista o socialista.²⁷⁻²⁸⁻²⁹

A la sociedad industrializada que se caracteriza por el consumo de masa, se la denomina “sociedad opulenta”³⁰ o del “bienestar”³¹.

La definición de Carlos Marx es la definición más clara de “sociedad”, para quien *“la sociedad es el conjunto de relaciones que existen entre los hombres (relaciones sociales), algunas de las cuales, las económicas o relaciones de producción son las principales y determinantes de las relaciones de la superestructura: ideológicas, políticas, jurídicas, y morales”*.³²

El régimen económico y la superestructura política e ideológica correspondiente a una sociedad en una etapa determinada de la evolución histórica se denomina *formación económico-social*. La comuna primitiva,

²⁷ DAHRENDORF Ralf: *Las clases sociales y su conflicto en la sociedad industrial*. Ediciones Rialp. Madrid. 1962.

²⁸ ROSTOW W.: *Las Etapas del Crecimiento Económico*. Fondo de Cultura Económica. México. 1973.

²⁹ LE RIVEREND BRUSONE Julio: *Neoesclavismo en el siglo XX*. Editorial de Ciencias Sociales. La Habana. 1989.

³⁰ GALBRAITH John K.: *La sociedad opulenta*. Ariel. Barcelona. 1963.

³¹ Sociedad del bienestar es un concepto de las ciencias políticas y económicas con el que se designa a una propuesta política o modelo general del Estado y de la organización social, según la cual el Estado provee servicios en cumplimiento de derechos sociales a la totalidad de los habitantes de un país.

³² ACADEMIA DE CIENCIAS DE LA URSS: *Fundamentos de Filosofía Marxista Leninista* (Tomo II). Cartago. Buenos Aires. 1976. pp. 17-18.

la esclavitud, el régimen feudal, el capitalismo, el régimen socialista constituyen las diversas formaciones económico-sociales de la evolución de la sociedad humana. Cada una de ellas tiene sus propias leyes históricas que presiden su nacimiento y su evolución y todas están sujetas a leyes generales que condicionan el pasaje de una forma de sociedad a otra a consecuencia del desarrollo en el seno de la antigua sociedad, de contradicciones que la llevan a la decadencia y a su fin y preparan el terreno para la aparición de un nuevo régimen progresista.

La distinción fundamental de las formaciones económico-sociales reside en el modo de producción.

La sociedad no puede existir sin la producción de bienes materiales, necesarios para la vida del hombre. El sistema de todas las relaciones sociales depende regularmente del modo de producción de bienes materiales.

El hombre con su trabajo produce bienes materiales: alimentos, vestidos, vivienda calzado, combustible, instrumentos de producción, etc., necesarios para su propia existencia y el desarrollo de la sociedad. El modo o manera de obtener estos bienes materiales constituye el modo de producción.

El modo de producción forma la estructura económica de la sociedad, la base real sobre la que se levanta una superestructura compleja: las concepciones políticas, jurídicas, religiosas, filosóficas, artísticas de la

sociedad y las instituciones políticas, jurídicas y demás que le corresponden. Esta superestructura, al formarse, reacciona activamente sobre la base, acelerando o entorpeciendo su desarrollo.

El modo de producción es la base determinante del régimen social, “a tal modo de producción tal sociedad”.³³

Las modificaciones del modo de producción provocan modificaciones de todo el régimen social, de las ideas y de las instituciones sociales. Por eso, la historia del desarrollo de la sociedad es ante todo la historia del desarrollo de la producción, la historia de los modos de producción que sustituyen el uno al otro. Cada nuevo modo de producción significa un peldaño nuevo, superior en la historia del desarrollo de la humanidad.

Desde la aparición de la sociedad humana han existido y se han sucedido varios modos de producción: comunidad primitiva, esclavismo, feudalismo, capitalismo y socialismo del cual hasta no hace poco se vislumbraba una nueva fase, el comunismo, la cual no se ha logrado consolidar aun en ningún Estado (país).

Los modos de producción se determinan por la forma de interrelacionarse de las “Fuerzas Productivas”³⁴ y las “Relaciones de Producción”³⁵.

³³ ACADEMIA DE CIENCIAS DE LA URSS: *Manual de Economía Política*. Cartago. Buenos Aires. 1958.

³⁴ Constituyen las **Fuerzas Productivas**: A) la fuerza de trabajo y B) los medios de producción.

A) Fuerza de trabajo: El trabajo del hombre (conjunto de energías físicas y espirituales) constituyen el elemento activo de la producción. En la medida que el hombre perfeccione los instrumentos de producción, perfecciona también su capacidad de trabajo, su habilidad, su experiencia productiva.

B) Medios de producción están constituidos por:

a) El objeto del trabajo (donde recae el trabajo del hombre: tierra, bosques, aguas, subsuelo, minerales, materias primas, etc.).

b) Medios de trabajo (sirven para actuar sobre los objetos de trabajo y transformarlos): herramientas, canales, caminos, edificios. etc.

Las fuerzas productivas expresan la relación existente entre los hombres, los medios de trabajo y la naturaleza, empleados para la producción de los bienes materiales (aspecto material y técnico).

Si bien el desarrollo del hombre y de la sociedad humana está ligado con el perfeccionamiento de los instrumentos y los medios de producción, que el hombre pone en acción y que integran las fuerzas productivas, las masas trabajadoras son, en todas las etapas del desarrollo de la sociedad humana, las fuerzas productivas fundamentales.

ACADEMIA DE CIENCIAS DE LA URSS: *Manual de Economía Política*. op. cit. pp. 11-17.

ACADEMIA DE CIENCIAS DE LA URSS: *Fundamentos de Filosofía Marxista Leninista* (Tomo II). op. cit. pp. 44-54.

³⁵ Constituyen las **Relaciones de Producción**: En el proceso de producción de los bienes materiales, mediante el trabajo social, interacción de la sociedad y la naturaleza, los hombres no se limitan sólo a crear productos materiales, a proporcionar medios de existencia a sus semejantes. Al producir bienes materiales, los hombres producen y reproducen con ello sus propias relaciones sociales. Es decir, que en la producción, los hombres actúan no solamente sobre la naturaleza, sino que actúan además, los unos sobre los otros. Estos vínculos y relaciones determinados que los hombres contraen en el proceso de producción de los bienes materiales, forman las relaciones de producción, es decir, las distintas formas en que los hombres se relacionan entre sí para actuar sobre la naturaleza y repartirse el producto del trabajo social.

Determinan las relaciones de producción:

A) Propiedad de los medios de producción: El carácter de las relaciones de producción depende de a quién pertenecen en propiedad los medios de producción (la tierra, los bosques, las aguas, el subsuelo, las materias primas, los instrumentos de producción, los edificios en los que se produce, los medios y vías de comunicación, etc.).

B) Situación de los grupos sociales dentro de la producción: Que sean propiedad de ciertos individuos, grupos sociales o clases sociales, que emplean este medio para explotar, o de que pertenezcan a la sociedad que se propone como fin la satisfacción de las necesidades materiales y culturales de las masas populares.

C) Distribución del producto: La forma de propiedad sobre los medios de producción es la base de las relaciones de producción y determinan, a su vez, las relaciones de distribución.

El rasgo determinante de las distintas relaciones de producción es la propiedad de los medios de producción fundamentales.

La propiedad de los medios de producción puede ser:

A) Propiedad social. Pertenecen a toda la población. Los hombres se encuentran en la misma relación con los medios de producción y se establecen entre ellos relaciones colectivas de colaboración y de ayuda mutua. Se distinguen dos formas: propiedad del clan, tribu o comunidad (sociedades primitivas) y propiedad de todo el pueblo, propiedad estatal, de un estado de nuevo tipo, el socialista.

Puede parecer extraño que en este trabajo nos hayamos ocupado del modo de producción y sus relaciones; lo hemos hecho de esta manera porque, como describiremos más adelante, desde Bernardino Ramazzini (siglo XVIII) quien demostrara la influencia directa de las pésimas condiciones de trabajo y de las miserables condiciones de vida de los artesanos en la aparición de la enfermedad; y en particular, desde que Federico Engels (año 1845) señalara que las causas de la enfermedad, la invalidez y la muerte prematura de los miembros de la clase trabajadora inglesa durante la revolución industrial eran la explotación despiadada ejercida por la burguesía y el desinterés de los gobernantes por evitar o paliar esas consecuencias.³⁶

B) Propiedad privada. Pertenece a una parte de la sociedad. Los hombres se encuentran en una relación diferente con los medios de producción y en la sociedad surgen relaciones de dominación y subordinación, relaciones de explotación.

1) **Propiedad esclavista:** no sólo los medios de trabajo sino el propio hombre, el trabajador, es propiedad de otro hombre, del esclavista.

2) **Propiedad feudal:** gran propiedad agraria, que permite a su dueño (el señor feudal) explotar a los campesinos, bien utilizándolos gratuitamente (prestación personal), o bien obligándolos a pagar tributos en dinero o en especie.

3) **Propiedad capitalista:** propiedad privada del capitalista de los medios de producción fundamentales: fábricas, empresas, minas, etc. El trabajador (mano de obra libre) está obligado a vender su fuerza de trabajo al dueño del capital como una mercancía.

ACADEMIA DE CIENCIAS DE LA URSS: *Manual de Economía Política*. Cartago. Buenos Aires. 1958. pp. 11-17.

ACADEMIA DE CIENCIAS DE LA URSS: *Fundamentos de Filosofía Marxista Leninista* (Tomo II). op. cit. pp. 54-58.

³⁶ ENGELS Federico: *La Situación de la Clase Obrera en Inglaterra*. Editorial Futuro. Buenos Aires. 1965.

Entendemos que “el problema de la salud no entra en el marco puro de la biología y de la medicina, sino que está indisolublemente unido a la estructura social”.³⁷

Por otra parte, es sabido que cada enfermedad tiene su propia historia a la vez que en algunas etapas de la historia humana se han presentado preferentemente ciertas enfermedades; peste y lepra en la Edad Media, sífilis en el Renacimiento, tuberculosis durante la Revolución Industrial, paludismo y avitaminosis durante la colonización imperialista desde fines del siglo XIX y en la actualidad las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y las enfermedades mentales en los países desarrollados y la persistencia de las “enfermedades de masas” en los países subdesarrollados, a la cabeza de las mismas, “la desnutrición”.

“La salud y la enfermedad dependen de las condiciones de vida y de trabajo y éstas, a su vez, estrechamente, de la estructura económico-social del país. Es, pues, ineludible, llegar al conocimiento de los factores estructurales que históricamente se resuelven en fuerzas que obstaculizan el progreso. Su remoción o cambio es primordial en el esfuerzo de sentar las bases que permitan crear el bienestar y la salud de los pueblos”.

Por lo tanto es imprescindible conocer el modo de producción de una sociedad, por ser el que determina las condiciones de vida y de trabajo de

³⁷ PALERMO Epifanio: *Salud-Enfermedad y Estructura Social*. Cartago. Buenos Aires. 1986. p. 34.

sus habitantes; condiciones que se expresan habitualmente en un concepto global que es el nivel de vida³⁸ y que lo integran doce componentes:³⁹

- 1) Salud.
- 2) Alimentación y nutrición.
- 3) Educación.
- 4) Condiciones de trabajo.
- 5) Situación en materia de empleo.
- 6) Consumo y ahorro globales.
- 7) Transporte.
- 8) Vivienda.
- 9) Vestido.
- 10) Esparcimiento y recreo.
- 11) Seguridad social.
- 12) Libertades humanas.

La historia de la profesión médica reconoce que el puesto del médico en la sociedad, las tareas que le asignan y las normas de conducta impuestas a él, cambian en cada período histórico y están determinadas principalmente por la estructura de la sociedad: factores económicos,

³⁸ El término nivel de vida hace referencia al nivel de confort material que un individuo o grupo aspira o puede lograr obtener, esto comprende no solamente los bienes y servicios adquiridos individualmente, sino también los productos y servicios consumidos colectivamente como los suministrados por el servicio público y los gobiernos.

³⁹ ONU: *Definición y medición internacional del nivel de vida*. Nueva York. 1961.

sociales, religiosos, filantrópicos, políticos y de los medios técnicos y científicos asequibles a la medicina de la época.

Podemos concluir que cada régimen económico-social (esclavista, feudal, capitalista, socialista) tiene su propia organización sanitaria que refleja el nivel de desarrollo de la producción, de la ciencia, del nivel de vida, de las condiciones de vida y de trabajo y de las relaciones económico-sociales existentes.

V. HISTORIA DE LA MEDICINA DEL TRABAJO

“No se curan las llagas ocultándolas o velándolas a la vista del cirujano, por un pudor mal entendido: es preciso, por el contrario, presentarlas en toda su desnudez, en su verdad, manifestando sus antecedentes con toda sinceridad, para aplicarles el remedio conveniente”.¹

De Hipócrates a Ramazzini.

Entre los aportes más significativos de los médicos griegos, los hipocráticos se destacan: el descubrimiento de la enfermedad como proceso natural, negando así todo origen sobrenatural de la enfermedad (espíritus malignos, demonios, dioses) y todo tratamiento mediante la plegaria, la oración o el castigo.

Otro gran aporte de los médicos hipocráticos fue el descubrimiento de la íntima relación de la vida del hombre, de la salud y la enfermedad con el medio ambiente circundante.²

¹ **Juan Biale Massé** (Cataluña, 1846 - Buenos Aires 1907): médico, abogado, empresario y constructor español que residió desde 1873 en Argentina.

² PALERMO Epifanio: *Salud, Enfermedad y Estructura Social*. Cartago. Buenos Aires. 1986. pp. 42-46.

Medio Ambiente Natural (físico y biológico). Salud Enfermedad.

Más impresionante que sus hazañas prácticas, fue la capacidad de los médicos antiguos para formular amplias generalizaciones y reconocer relaciones de causa a efecto entre fenómenos complejos, no necesariamente relacionados. El punto de vista según el cual el ambiente desempeña un papel importante en los problemas de la biología humana, de la medicina y de la sociología, nunca ha sido establecido con mayor amplitud y claridad como lo fue en los albores de la ciencia, en *Aires, Aguas y Lugares*³, el tratado hipocrático.

Los antiguos médicos iban, lo mismo que los filósofos, de ciudad en ciudad, estudiando y practicando, y a ellos Hipócrates les dedicó “*Aires, Aguas y Lugares*”, el primer tratado sobre salud pública, geografía médica, climatología, fisioterapia y balnearología.

Contiene las primeras observaciones sobre cálculos urinarios y la primera descripción, magistral, de la impotencia sexual.

³ HIPÓCRATES: *Tratados hipocráticos*. Vol. 2: *Sobre los aires, aguas y lugares; Sobre los humores; Sobre los flatos; Predicciones I; Predicciones II; Prenociones de Cos*. Gredos. Madrid.1997.

Medio Ambiente Social. Salud Enfermedad.

Si bien el libro de Hipócrates “*Aires, Aguas y Lugares*” es un tratado al respecto, omite precisamente lo que bien se podría calificar de su elemento más importante, en lo que respecta a la salud y a la enfermedad: la ocupación habitual del hombre, “el trabajo”.

La medicina hipocrática al omitir la ocupación habitual del hombre, omite también la condición fundamental de la existencia humana, el componente más importante del medio ambiente social. El “maestro de Cos” no ha estudiado ni los efectos de la profesión, ni los de la condición social, a pesar que en dos oportunidades toca el tema.⁴

Al respecto podemos recordar el trabajo del escritor y poeta romano Varrón⁵ quien divide en tres categorías los instrumentos con los que se cultivan los campos: “Instrumentos parlantes, instrumentos que emiten sonidos inarticulados e instrumentos mudos; los instrumentos parlantes son los esclavos, los que emiten sonidos inarticulados, los bueyes y los mudos, los carros”.⁶

Sólo encontramos en la antigüedad algunas referencias a la intoxicación por plomo y debemos esperar al siglo I y II n.e. para tener

⁴ SAND René: *Vers la médecine social*. Bailliére. París. 1948.

⁵ Publio Terencio Varrón Atacino o Publio Terencio Varrón de Átace (en latín, *Publius Terentius Varro Atacinus*) (Átace 82-36 a.n.e.): poeta neotérico romano.

⁶ PALERMO Epifanio: *Salud, Enfermedad y Estructura Social*. op. cit. p. 45.

alguna noticia de las enfermedades de los trabajadores. Areteo de Capadocia⁷ describe nuevamente la intoxicación por plomo y Plinio⁸, que no era médico menciona los efectos del plomo, azufre y mercurio.⁹⁻¹⁰

Frente a este escasísimo conocimiento de las enfermedades de los que trabajaban, destacamos estudios de ciertos padecimientos de las minorías: “accidentes de los corredores y atletas, de los inconvenientes de la vida sedentaria de los sabios y de los hombres de letras, y de los efectos de la emoción en los oradores”.

El Trabajo como Causa de Enfermedad.

Muchos siglos debieron pasar para que los médicos estudiaran las enfermedades provocadas por el trabajo, las condiciones en que éste se realiza, y se preocuparan por la manera de prevenirlas.

⁷ **Areteo de Capadocia** (en griego Ἀρεταῖος): médico griego de la época imperial romana, de cuya vida se conocen pocos datos. Probablemente nació en Capadocia (actual Turquía) o en Grecia, vivió durante el siglo I n.e., durante el reinado de Nerón o Vespasiano.

⁸ **Gayo Plinio Segundo** (en latín, *Gaius Plinius Secundus*), conocido como **Plinio el Viejo** (Comun -la actual Como, en Italia- 23 – Estabia -hoy Castellammare di Stabia- 79): escritor, científico, naturalista y militar latino.

⁹ PALERMO Epifanio: *Enfermos, Médicos y Sociedades en la Historia. Prehistoria-Comunidad Primitiva-Sociedad Antigua o Esclavista*. Cientec. Buenos Aires. 1989. p. 189.

¹⁰ Plinio en su *Historia Natural*, uno de los libros más apreciados de la literatura médica, habla de los efectos perniciosos que ejercen el plomo, mercurio y azufre sobre aquellos que los manipulan. Y cita que: “*Las personas empleadas en las fábricas en la preparación del minio protegían la cara con máscaras de vejigas de membranas, para evitar inhalar el polvo, el cual es altamente perjudicial; la máscara era, al mismo tiempo, lo suficientemente transparente como para permitir poder ver a través de ella*”. LÓPEZ SÁNCHEZ José: *Apuntes para un ensayo histórico-sociológico de la medicina del trabajo (de los tiempos primitivos a la Revolución Industrial)*. Revista Cubana de Salud Pública. 2014;40 (2):296-312.

Desde fines del siglo XV y durante los siglos XVI y XVII se describen las primeras enfermedades profesionales: *morbis metallici*, enfermedad de los mineros y de los que trabajaban los metales. El primer autor Ulrich Ellenborg¹¹, escribió en el año 1473 un pequeño folleto (siete páginas) para los orfebres, sobre los efectos tóxicos y malignos de los gases y de los humos que se desprenden del carbón, del ácido nítrico, del plomo, del mercurio y de otros metales.¹²⁻¹³⁻¹⁴⁻¹⁵

Cincuenta años más tarde estas enfermedades son encaradas por Paracelso¹⁶ y Agrícola¹⁷⁻¹⁸. En el siglo XVII aumentó el número de

¹¹ **Ulrich Ellenborg**: médico alemán que reconoce los peligros de los humos metálicos sus, síntomas y las medidas de prevención.

¹² FRIEND Mark A., KOHN James P.: *Fundamentals of Occupational Safety and Health*. Bernan Press. EE.UU. 2014. p. 5.

¹³ PALERMO Epifanio: *Salud, Enfermedad y Estructura Social*. op. cit. p. 47.

¹⁴ PALERMO Epifanio: *Historia Social de la Medicina, Época del Renacimiento*. Dirple. Buenos Aires. 1996. p.113.

¹⁵ Ulrico Ellemborg residía en Augsburgo, ciudad famosa por sus orífices (persona que trabaja el oro de forma artesanal) y donde se fabricaban cañones, el folleto que circuló en los talleres en forma manuscrita y en el que describía el envenenamiento de los orífices y los peligros de los humos que se producían del carbón, ácido nítrico, plomo, mercurio y otros metales. Aconsejaba a los orífices trabajar cuando les fuera posible, al aire libre, y taparse la boca cuando se producían gases, así como siguiendo la costumbre de su época, recomendaba oler algunos medicamentos como medida de protección. Su folleto debe haber sido muy popular, porque solo un ejemplar se conoce. Se titulaba “Von dem Gifftigen Besem Tempfen uns Reuche” (Sobre los daños que producen los humos y los vapores venenosos). LÓPEZ SÁNCHEZ José: *Apuntes para un ensayo histórico-sociológico de la medicina del trabajo (de los tiempos primitivos a la Revolución Industrial)*. Revista Cubana de Salud Pública. 2014;40 (2):296-312.

¹⁶ **Theophrastus Phillippus Aureolus Bombastus von Hohenheim**, también **Theophrastus Bombast von Hohenheim**, conocido como **Paracelso** o **Teofrasto Paracelso** (Zúrich 1493-Salzburg 1541): alquimista, médico y astrólogo suizo. Fue conocido porque se creía que había logrado la transmutación del plomo en oro mediante procedimientos alquimistas y por haberle dado al zinc su nombre, llamándolo *zincum*. Su libro se llamaba “*Sobre la enfermedad del minero y otras enfermedades de los Mineros*”. La monografía de Paracelso fue probablemente escrita alrededor del año 1533-34, aunque no fue conocida hasta después de su publicación en 1567, no ejerció influencia sino hasta el siglo siguiente. La monografía consiste en tres libros, en el primero de los cuales trata de las enfermedades de los mineros, principalmente de las afecciones pulmonares. El segundo, de las enfermedades de los fundidores y metalúrgicos y el tercero de las enfermedades causadas por el mercurio. La obra de Paracelso ejerció una definida influencia en el desarrollo de esta rama de la Medicina del trabajo, al extremo de que aún después de 150 años de aparecida, muchos autores que escribieron sobre esta materia se refieren a ella.

publicaciones que describían las enfermedades de los mineros, de los fundidores de metales, en particular la intoxicación por plomo, arsénico y mercurio; se describe la silicosis. Debemos recordar a Martín Pansa¹⁹, Mathesius²⁰, Livabius²¹, Ursinus, Stockhausen²², Van Diemebroek^{23 24 25}

¹⁷ **Georgius Agricola**, latinización de **Georg Pawer** (Glauchau 1494-Chemnitz 1555): alquimista, químico y mineralogista alemán, considerado el fundador de la mineralogía moderna. Desarrolló los principios de la metalurgia y de la minería, con escritos sobre temas médicos, químicos, matemáticos e históricos.

¹⁸ En el libro VI de su obra “*De re metallica*” Georgius Agricola dice: “*Me falta hablar de las dolencias y accidentes de los mineros, y de los procedimientos por los cuales pueden protegerse contra los mismos, porque siempre deberíamos consagrar más cuidado al mantenimiento de nuestra salud, que al de obtener ganancias; ya que de esta manera podemos ejercer sin reservas nuestras funciones orgánicas. La enfermedad, algunas veces, afecta las articulaciones, otras a los ojos, y finalmente algunas son fatales al hombre*”.

Inmediatamente, pasa a describir los distintos peligros que amenazan a los mineros: el agua abundante que a menudo se colecciona en los pozos haciéndolos húmedos y, de este modo, perjudica a los trabajadores; el polvo que “tiene cualidades corrosivas y destruye los pulmones y consume el organismo, de aquí que en las minas de las montañas cárpatas se encuentren mujeres que se hayan casado hasta siete veces, a todos los cuales esta terrible consunción ha conducido a una muerte prematura”. El aire estancado produce dificultad en la respiración. El remedio se encuentra en las máquinas de ventilación. O, el aire es infectado con venenos que causan inflamaciones y parálisis. Los accidentes se describen como no raros, los trabajadores deslizándose por las escalas para descender a los pozos, están expuestos a romperse los brazos, las piernas o el cuello o bien a caer en el sumidero y ahogarse. O a un derrumbe, como ocurrió en el caso de Rammelsberg, donde en un día “les fueron robadas a 400 mujeres sus maridos”. Hormigas venenosas se encuentran en varias minas. Y, finalmente, hay un peligro que no conocemos suficiente. “En algunas de nuestras minas, aunque en muy pocas, hay una plaga perniciosa. Estos son demonios de aspectos feroces... demonios de esta naturaleza son expulsados y puesto en fuga mediante el rezo y el ayuno”. AGRICOLA Georgius: *De re metallica*. Dover Publications. New York. 1950. pp. 149-218.

¹⁹ **Martín Panza** (1580-1626): médico alemán de la época de la ilustración, se dedicó a tratar las enfermedades de los mineros en la ciudad de Annaberg. En la ciudad de Legnica luchó contra el tifus epidémico.

²⁰ **Johannes Mathesius** (Rochlitz 1504-1565): ministro alemán y reformador luterano, especialista en minerales, fue el primero en describir cualquier forma de turmalina (silicatos).

²¹ **Andreas Libavius** (Halle 1550 – Coburgo 1616): médico y químico alemán, cuyo verdadero nombre era **Andreas Libau**. Algunas de sus obras las firmó con el pseudónimo de *Basilius de Varna*. Entre ellas, destaca el que se considera el primer libro sistemático de química, **Alchemia** (1597), que incluía instrucciones para la preparación de diversos ácidos fuertes.

²² **Samuel Stockhausen**: médico alemán que vivió en la ciudad minera de Goslar. Estudió la enfermedad de los trabajadores de la minas. En 1656 publicó un libro donde describía los humos nocivos del litargirio (*Libellus de lithargyrii fumo noxio morbifico, ejusque metallico frequentiori morbo vulgò dicto die Hütten Katze oder Hütten Rauch*) Tratado de los humos nocivos de litargirio, enfermedades causadas por ellos y el asma de los mineros.

²³ Van Diemebroek informó sobre el examen necrópsico de los mineros, informando que al hacer la sección de los pulmones, tenía la impresión de estar cortando una masa arenosa. Esta es, probablemente,

No es simple casualidad que las primeras monografías sobre las enfermedades profesionales se escribieran en el siglo XVI, pero estas, como las que se escribieron en el siglo siguiente, se referían sólo a las enfermedades de los mineros y los que trabajaban con los metales (*morbis metallici*). La medicina había progresado y los médicos se interesaban en describir nuevas enfermedades, pero esas no eran las únicas y verdaderas razones, las mismas eran razones económicas. Había aumentado considerablemente el volumen del comercio creando una fuerte demanda, particularmente de oro y plata, necesarios para acuñar monedas. Las armas de fuego que empezaron a usarse con posterioridad al siglo XIV, requerían grandes cantidades de plomo, cobre y hierro. Los depósitos minerales poco profundos rápidamente se agotaban y fue preciso ahondar más en los peligros de la minería. La minería era la industria básica en ese periodo.²⁶

Es en el año 1700 cuando Bernardino Ramazzini²⁷, publica *De morbis artificum Diatriba*²⁸, primer tratado, ampliado en una segunda

la primera alusión registrada de lo que más tarde debíamos conocer como Silicosis. LÓPEZ SÁNCHEZ José: *Apuntes para un ensayo histórico-sociológico de la medicina del trabajo (de los tiempos primitivos a la Revolución Industrial)*. Revista Cubana de Salud Pública. 2014;40 (2):296-312.

²⁴ PALERMO E.: *Salud, Enfermedad y Estructura Social*. op. cit. p. 47.

²⁵ PALERMO Epifanio: *Historia Social de la Medicina, Época del Renacimiento*. op. cit. pp.113-114.

²⁶ SINGERIST Henry E.: *Civilización y Enfermedad*. Fondo de Cultura Económica. México. 1946. p. 61.

²⁷ **Bernardino Ramazzini** (Carpi 1633-Padua 1714): médico italiano, fundador de la medicina del trabajo. Sus estudios de las enfermedades profesionales y la promoción de medidas de protección para los trabajadores alentó el inicio de la seguridad industrial, y de las leyes de accidentes de trabajo. En 1700 escribió el primer libro importante sobre enfermedades profesionales e higiene industrial “*De morbis artificum Diatriba*”.

edición, sobre las enfermedades de los trabajadores. En él se describen las enfermedades de más de cincuenta ocupaciones, manuales e intelectuales.

Bien se dice que con Ramazzini, la medicina del trabajo toma cuerpo, deja de ser objeto de curiosidad; él la hace ciencia. En efecto, nos indica la metodología para su estudio, en primer lugar, el conocimiento por parte del médico de la técnica de los oficios; indica las causas fundamentales de las enfermedades del trabajo en general; estudia las enfermedades particulares de cada oficio; pero no solamente se preocupa por las enfermedades de los mineros y las causadas por los metales, sino también, de los alfareros, bataneros, curtidores, picapedreros, carpinteros, campesinos, zapateros, panaderos, pescadores, sepultureros, taberneros, tabaqueros, etc., de los que trabajan de pie y de los que lo hacen sentados; de los soldados, cantores, hombres de letras, y de las ocupaciones predominantemente femeninas: parteras, nodrizas, lavanderas, planchadoras. Por último aconseja medidas de prevención y los remedios que pueden aliviar o curar al paciente.²⁹

Que no se haya tenido en cuenta al trabajo como causa de enfermedad desde los griegos hasta Ramazzini, nos hace decir que la medicina se mantuvo hipocrática hasta el siglo XVIII. En el periodo que media entre Hipócrates y Ramazzini, pasaron más de veinte siglos, donde ocurrieron grandes cambios; aparece una nueva actitud por parte del

²⁸ RAMAZZINI Bernardino: *De morbis artificum Diatriba*. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Asociación Instituto Técnico de Prevención. España. 2011.

²⁹ SAND René: op. cit. p. 327.

médico hacia el trabajador, que no se ve en los médicos de la antigüedad. Esta nueva actitud de los médicos obedecía al cambio más fundamental operado en ese largo periodo: el de la sociedad.

La Nueva Sociedad. Nacimiento del Capitalismo.

Quedan atrás el esclavismo y el feudalismo. El capitalismo, tercera y última de las sociedades divididas en dos clases fundamentales antagónicas: la burguesía y el proletariado asalariado; Ramazzini vivió la etapa de pleno desarrollo del capitalismo.

Había cambiado también la situación del trabajador; esclavo primero, siervo después y ahora libre; puede elegir su profesión y desplazarse, pero sin la posesión de los instrumentos y los medios de trabajo, que debe vender por las reglas impuestas por el capitalista, su fuerza de trabajo a cambio de un salario.

Es en esta época, la del Renacimiento (fundamentalmente el renacer de la ciencia y no sólo de las artes, la cual se pone al servicio y se estimula por el capitalismo), donde la manufactura y la formación de la industria traen aparejada un sin número de enfermedades profesionales.

Bernardino Ramazzini (Padre de la Medicina del Trabajo).

Ramazzini, profesor, médico de poderosos, estaba impresionado porque su Venecia “reunía en su seno todas las artes que separadamente hicieron a otras ciudades ricas y populosas”; pero también estaba igualmente impresionado por las lastimosas condiciones a que se veían expuestos sus operarios.

Dejó los palacios, la cátedra y el hospital para ir a los domicilios de los trabajadores, a los talleres, a las tiendas de los artesanos y a las granjas, “las únicas escuelas donde puede hacerse el estudio de las enfermedades profesionales”.

Al describir las enfermedades de los “Sobre las enfermedades de los que trabajan en las alcantarillas y cloacas”, nos cuenta como se interesó en el tema. En su “Tratado sobre las Enfermedades de los Trabajadores” relata:

“En la ciudad en que habito, con bastante población en proporción con sus dimensiones, consecuentemente, existe gran concentración y apiñamiento de viviendas con considerable altura en las casas; motivado en parte por dichas circunstancias, existe la costumbre, con una frecuencia de unos tres años, proceder, en cada edificación a la limpieza de cloacas, así como a las que van recorriendo los barrios. Dado que dicha operación de limpieza periódica, en ese tiempo, se estaba llevando a cabo en mi

propia casa, me permitió ver a uno de los trabajadores que efectuaban ese trabajo de limpieza en aquel antro de Caronte con una gran presteza y ansiedad.

Ante tal visión me compadecí y le pregunté por qué trabajaba con tanta celeridad y no llevaba a cabo la tarea con menor ímpetu y así no acabaría rendido y agotado. El pobre trabajador, dirigiendo su vista a mí fijamente, me dijo que, salvo alguien que lo hubiere experimentado por sí mismo, nadie, podía imaginar el alcance que para la salud significaba llevar a cabo ese trabajo y en esas circunstancias, más de cuatro horas continuadas sin el seguro riesgo de quedar ciego. Después, una vez fuera el trabajador de la cloaca, me dediqué a examinarle detalladamente y en especial los ojos, encontrándolos muy enrojecidos y como nebulosos; una vez examinado, volví a preguntarle acerca del remedio o solución que normalmente utilizaba, tanto él, como sus compañeros de trabajo; la respuesta fue ,que la misma que él iba a llevar a cabo de inmediato, volver a su casa, entrar en una habitación cerrada y oscura, permaneciendo en ella hasta el día siguiente, lavándose frecuentemente con agua tibia como única forma de aliviar el gran dolor que sufría. Volví a insistir preguntándole si sentía dolores en la garganta, dificultades para respirar, irritación nasal, dolores de cabeza, náuseas, etc. a todos estos males me contestó negativamente, solo los ojos, resultando de extrema urgencia regresar a su retiro para descansar la vista y de esta forma intentar no

perder la visión completamente como le había ocurrido ya a muchos de sus compañeros de trabajo. Se despidió protegiendo sus ojos con las manos, dirigiéndose a su casa.

Posteriormente, me he ido encontrando con más trabajadores de esta profesión, prácticamente ciegos o con escasa visión casi todos, mendigando por las calles de la ciudad, no extrañándome nada que unas terribles emanaciones afecten de forma tan mortífera los delicados órganos que conforman la visión a través de los ojos.

En Ballonio se ha podido constatar a través de un obrero de esta especialidad, procedente de París, la pérdida de la visión, atribuyéndose como causa de este mal a la profesión que llevaba a cabo: la limpieza de las letrinas de los barrios.”³⁰

Después de diez años de estudios, Ramazzini concluye que las enfermedades que padecen los trabajadores se deben a dos causas:³¹

1) Al trabajo, “donde encuentra muy a menudo graves enfermedades, allí donde esperaban procurar los alimentos necesarios, tanto para mantener su vida como la subsistencia de su familia. Y mueren maldiciendo al oficio que han elegido”, por el carácter pernicioso de las materias que manipulan (“exhalaciones mal sanas y los diminutos polvos

³⁰ RAMAZZINI Bernardino: *De morbis artificum Diatriba*. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Asociación Instituto Técnico de Prevención. España. 2011. pp. 66-67.

³¹ PALERMO Epifanio: *Historia Social de la Medicina, Época del Renacimiento*. p.116.

que se desprenden, a menudo dañinos para la vida humana y que producen enfermedades particulares”) y por las condiciones en que se desarrolla el trabajo, por lo que deberían tomarse precauciones como dispositivos de protección, limitación de la duración y la intensidad del trabajo, pausas, cambios de posición, ventilación, higiene personal, etc.

2) “El modo de vida impuesto a los trabajadores por la exigüidad de sus recursos, no es menos funesto para la salud”, por esto, “es muy raro que los remedios puedan curarlos completamente, pues, además de la enfermedad adquirida en el trabajo, padecen otra enfermedad, su extrema pobreza”.

Por esta razón Ramazzini hace hincapié en la necesidad imprescindible de preguntarle al paciente, *¿cuál es su oficio?*³² De esta manera reconoce, por primera vez, al trabajo como causa de enfermedad; su discípulo el gran anatomopatólogo Giovanni Batista Morgagni³³

³² Ramazzini hizo dos grandes contribuciones a la Medicina. La primera, demostrando la importancia de la relación causal entre la enfermedad y la ocupación, y pensando que el médico, aún conocedor del oficio del paciente, rara vez se ocupaba en atribuirle importancia al hecho, incluyó en el famoso cuestionario con el que Hipócrates interrogaba a sus pacientes la atinada pregunta: *¿cuál es su ocupación?* Esta es la primera evidencia histórica del lugar correcto en que el factor ocupación debía señalársele al hacerse la hoja clínica de un trabajador. Su segunda gran contribución fue la descripción exacta de la patología de la silicosis tal como la caracterizamos actualmente. Además, fue el primero después de Paracelso, en llamar la atención sobre la tisis de los mineros (Neumoconiosis). El vértigo y la ciática en los alfareros, los trastornos oculares en los joyeros, impresores, etc. Su clasificación de las enfermedades profesionales en dos grandes grupos: uno basado en las sustancias empleadas y otro en el trabajo que realizaban, fue, en verdad, muy buena y aceptada por la mayor parte de los médicos que escribieron después sobre esta materia.

³³ **Giovanni Battista Morgagni** (1682-1771): médico y filósofo, considerado como el científico que dio el primer paso para cambiar el punto de vista de la anatomía patológica moderna, sus ideas adquirieron una vital importancia para el estudio de las enfermedades.

“testimonia su fidelidad a la doctrina ramazziniana, en el protocolo de sus autopsias, no olvidando la profesión ejercida”.³⁴

Hay un hecho nuevo, acaso por primera vez en la historia, que se manifiesta claramente en Ramazzini: la preocupación del médico por el trabajador. Han existido médicos que como Paracelso, se compadecían de la suerte de los humildes. Pero en Ramazzini encontramos al nuevo médico humanista que se conduce no sólo por el trabajador enfermo, sea éste artesano o campesino, y de la calidad de asistencia que le prestan otros colegas, tanto en el domicilio como en el hospital; se conduce también por las condiciones de su vida y su trabajo. Más que de compasión o de lástima, esta actitud de Ramazzini responde al respeto que surge de su reconocimiento del papel del trabajador en la sociedad.

Ramazzini se preocupa y hace una severa crítica a la actitud de los médicos cuando asisten al trabajador enfermo en su domicilio o en el hospital. Advierte siempre que el trabajador es un paciente diferente y debe ser tratado en forma también diferente. Repudia la prisa con que los colegas tratan a los artesanos.

Se lo llama a Ramazzini padre de la Medicina del Trabajo, pero cuando le dice al médico que “las condiciones de vida y de trabajo deben ser tomadas en consideración para el estudio de la enfermedad y para el tratamiento” está señalando la importancia del medio social como causa de

³⁴ Morgagni en su gran libro, *De sedibus et causis morburum*, publicado en 1761, menciona la ocupación de casi todos los casos que él describe.

enfermedad, y lo hace en una época donde predominaba la creencia de que la enfermedad era el castigo por el pecado. Por último cuando Ramazzini destaca el modo de vida impuesto a los trabajadores por la exigüidad de sus recursos, está señalando, también, que de esa situación hay responsables. Por todo ello se lo ha considerado y con razón, pionero de la medicina social.

La Medicina del Trabajo, de Ramazzini a Nuestros Días.

Las enseñanzas, recomendaciones y medidas propuestas por Bernardino Ramazzini para mejorar las condiciones de trabajo y evitar algunas enfermedades profesionales no fueron tenidas en cuenta. Por el contrario, después de su muerte se produce un largo silencio, “una inmensa laguna hasta finales del siglo XIX y comienzos del XX”.

Nuevas ideas, nuevas corrientes filosóficas, económicas y sociales iban surgiendo con el desarrollo del capitalismo en países europeos durante el siglo XVIII.

La obra de Ramazzini llamó la atención medio siglo después de su desaparición a naturalistas como Linneo³⁵, economistas como Adam Smith³⁶ y filósofos como Carlos Marx³⁷.

A partir de la segunda mitad del siglo XVIII, con la Revolución Industrial en Inglaterra, se produce un cambio notable en las condiciones de vida y de trabajo de la mayoría de la población inglesa. En esa época aparecen médicos que denuncian las condiciones indeseables de la Revolución Industrial, estudian las mismas y proponen medidas que nunca fueron aplicadas.

Condiciones de Vida y de Trabajo, y Salud-Enfermedad. La Revolución Industrial.

A partir de la segunda mitad del siglo XVIII, con la invención de nuevas máquinas, el descubrimiento de nuevas fuentes de energía y el desarrollo de la ciencia, tuvo lugar una revolución técnica.

³⁵ **Carlos Linneo** (1707-1778): científico, naturalista, botánico y zoólogo sueco que estableció los fundamentos para el esquema moderno de la nomenclatura binomial. Se le considera el fundador de la moderna taxonomía.

³⁶ **Adam Smith** (1723-1790): economista y filósofo escocés, uno de los mayores exponentes de la economía clásica.

³⁷ **Karl Marx** (1818-1883).

Esta revolución técnica permitió sustituir gran parte del trabajo manual del hombre por el de la máquina y así aliviar, simplificar, ahorrar mano de obra, aumentar y diversificar la producción en menor tiempo y mejor calidad; en otras palabras, aumentó en forma extraordinaria la productividad del trabajo humano con disminución del costo de producción.³⁸

Además dio origen a una serie de cambios y consecuencias más importantes aún en el orden económico, político y sobre todo en el social, que transformaron la sociedad y sus relaciones económicas y políticas internacionales. A todo este proceso se lo reconoce como Revolución Industrial, que comenzó en Gran Bretaña alrededor de 1750; en Francia y Bélgica a comienzos del siglo XIX; más tarde en Alemania y EE.UU.; más tarde aún en Suecia, Austria, Hungría e Italia y alrededor de 1890 en Rusia.

³⁸ Para aumentar la fuente de sus ingresos, los industriales de principios y mediados del siglo XIX no vacilaron en mantener formas duras en el trabajo material de los obreros. Aunque la diversidad nacional es en este aspecto muy considerable, en líneas generales puede decirse que imperaban jornadas de 13 a 14 horas de trabajo, en locales malsanos y con retribuciones por lo común más bajas que el nivel medio del coste de la vida. El régimen de mano de obra barata indujo a emplear en las industrias a niños y mujeres, en cuyas personas se hacía notar con mayores estragos el agotamiento físico producido por la prolongada jornada de trabajo. No menor era la depravación moral causada por el contacto entre jóvenes y adultos, hombres y mujeres. Ninguna ley de previsión social daba al obrero esperanzas para su futuro, una vez llegado a la vejez o bien inutilizado para el trabajo por cualquier accidente. VICENS VIVES Jaime: *Historia General Moderna. Del renacimiento a la crisis del siglo XX*. Tomo II. Montaner y Simón. Barcelona. 1976. p. 411.

La Revolución Industrial en Inglaterra. La Medicina del Trabajo.

En Inglaterra crecen ciudades, caminos, transportes, florece el comercio. Se incrementan y concentran los capitales en grandes empresas y aumenta la riqueza nacional, pasa a ser el primer país industrializado del mundo. Después de vencer a Napoleón (1815), se transforma en la potencia naval y colonial más importante del mundo, domina una cuarta parte de la humanidad y una tercera parte de la tierra, es decir se transforma en el país más poderoso y más rico de la época.

Pero en tierra firme ocurrían otras cosas. Estaban las llamadas “consecuencias sociales de la industrialización”, “consecuencias indeseables”, “consecuencias funestas”, “males de la industrialización”, como el trabajo infantil, la excesiva duración de la jornada de trabajo, los salarios bajos, viviendas, ciudades y fábricas insalubres, miseria, hacinamiento con el consiguiente agotamiento prematuro, aumento de la enfermedad, la invalidez y la muerte. Las condiciones de vida y de trabajo habían empeorado rápida y dramáticamente. Constituyen los momentos más desgraciados de la historia del trabajo humano, sólo superados durante el régimen esclavista.³⁹

³⁹ PALERMO Epifanio: *Salud, Enfermedad y Estructura Social*. op. cit. p. 68.

La Tragedia de la Infancia.^{40 41}

Sin duda alguna, de todas las “consecuencias funestas” de la Revolución Industrial y a la vez, la más trágica de toda la historia, corresponde al trabajo infantil, porque incorporaron a la esclavitud de la máquina, a niños de 4, 5 ó 6 años de edad durante jornadas que superaban las 12, 14 y 16 horas diarias.

Una de las acciones más vergonzosas de la historia de la humanidad, la autorización legal, en Inglaterra, de un estado de esclavitud para los aprendices, en virtud del cual los niños indigentes eran adjudicados por contrato a los dueños de minas y factorías, obligados a trabajar de 15 a 18 horas por día, a veces literalmente encadenados a sus máquinas, alimentados con ínfimas raciones de comida, y alojados en condiciones de máximo hacinamiento y suciedad; se veían a menudo aliviados de sus sufrimientos por una muerte temprana.

Esta nueva y grave situación de los trabajadores y sus familias afligió, indignó, y preocupó a escritores, poetas, novelistas, artistas, políticos, y también a los médicos.⁴²

⁴⁰ HANLON John J.: *Principios de administración sanitaria*. La Prensa Médica Mexicana. México. 1954. pp. 34-36.

⁴¹ PALERMO Epifanio: *Historia Social de la Medicina, Época del Renacimiento*. pp.161-162.

⁴² La conciencia de la comunidad se hizo más sensible a medida que fue transcurriendo el siglo XIX y las *Factory Acts*, los inspectores de fábrica y las escuelas nacionales empezaron a sacar a los niños de las fábricas, pero el trabajo infantil continuó, en una forma u otra, durante más de un siglo después del comienzo de la revolución industrial. En 1871, el *Medical Officer of Health for the Local Government*

La Máquina, el Trabajador.

Lejos de ser el obrero quien aplica las condiciones de trabajo a las máquinas, son estas las que lo aplican a él. El obrero se transforma en un apéndice de la máquina; esta, llamada a facilitar el trabajo lo hace más penoso. Los movimientos del obrero están subordinados al movimiento uniforme de las máquinas, el trabajo se hace monótono pierde todo atractivo.⁴³

Los niños primero y luego las mujeres, fueron las primeras víctimas de la Revolución Industrial. La maquinaria al hacer inútil la fuerza muscular permite emplear obreros sin un desarrollo físico completo, que posean en cambio, una gran flexibilidad en sus miembros. El trabajo de la mujer y el niño fue el instrumento creado para multiplicar el número de asalariados, colocando a todos los individuos de la familia obrera, sin distinción de edad y sexo, bajo la dependencia inmediata del capital.

Las mujeres y los niños, la parte más débil, la más desorganizada y atrasada de la clase obrera, son sometidos a un duro régimen de explotación. La entrada del trabajo femenino e infantil a la producción acentúa la concurrencia en el mercado del trabajo y hace bajar los salarios de los obreros adultos.

Board informó de que había encontrado, todavía, a un niño de tres años en una fábrica de fósforos de Bethnal Green. DEANE Phyllis: *La Primera Revolución Industrial*. Península. Barcelona. 1968. p. 159.

⁴³ SEGAL Luis: *Principios de Economía Política*. Pueblos Unidos. Montevideo. 1945. p. 110.

Manchester, primera Ciudad Industrial.⁴⁴⁻⁴⁵

La primera ciudad industrial del mundo fue Manchester, en ella aparecieron también las primeras consecuencias “indeseables” de la industrialización. Se ha dicho: “Manchester, la ciudad que un día tuvo más inmundicias y más dinero que cualquier otra y representaba a Inglaterra”. De Manchester son también, los primeros médicos que informan, estudian, y denuncian la situación de la clase trabajadora. El más notable de ellos fue Thomas Percival⁴⁶.

En 1784, Sir Thomas Percival denuncia la fábrica como productora de enfermedad y denuncia también a los industriales que compran niños por cinco libras cada uno y que ante la urgencia de conseguir mano de obra barata, aceptan un idiota por cada doce normales. En 1794, la agitación pública encabezada por Thomas Percival alarmó al parlamento y este resolvió: “no vender más niños a los fabricantes que los hicieran trabajar más de 12 horas por día o durante la noche”.

Dos años más tarde, denunció públicamente este sistema repugnante de trabajo de los niños. Finalmente gracias a la tenacidad de su lucha, se

⁴⁴ PALERMO Epifanio: *Salud, Enfermedad y Estructura Social*. op. cit. pp. 71-73.

⁴⁵ ENGELS Federico: *La Situación de la Clase Obrera en Inglaterra*. Futuro. Buenos Aires. 1965.

⁴⁶ **Thomas Percival** (1740-1804): Estudió medicina en las Universidades de Edimburgo y Leyden. Fue uno de los miembros fundadores de la primera Junta de Salud en Manchester en 1795, organización voluntaria que hizo campaña para la mejora del saneamiento y una legislación sobre el trabajo en las fábricas.

promulga en 1802, la primera ley de trabajo del mundo: “Ley de Salud y Moral de los Aprendices” en la que se limitaba el trabajo de éstos en algunas industrias, a menos de doce horas diarias. De más está decir que esta ley no fue cumplida.

También fueron médicos de Manchester, John Ferriar⁴⁷, precursor del estudio de las condiciones sanitarias, en particular, de la vivienda de los barrios pobres, y James Kay⁴⁸, quien en 1832 interviene en el famoso Informe Chadwick.

Donde se desarrollaban las industrias se presentaban consecuencias similares. Médicos ingleses, franceses, belgas, estadounidenses, alemanes, rusos, demostraron el aumento de la morbilidad y mortalidad de las ciudades industriales, el régimen y las condiciones de trabajo en las fábricas, el hacinamiento en las viviendas miserables, el saneamiento deficiente, la escasa higiene individual, la alimentación, etc. Es decir que a medida que la Revolución Industrial se desarrollaba en los distintos países, iban apareciendo los mismos males de la industrialización, elementos inseparables que seguían como la sombra al cuerpo.⁴⁹

⁴⁷ **John Ferriar** (1761-1815): médico, realizó el primer estudio sobre las condiciones de vida de las clases trabajadoras en Manchester.

⁴⁸ **Sir James Phillips Kay-Shuttleworth** (1804-1877): médico, político y pedagogo británico. Se recibió de médico en 1824 en la Universidad de Edimburgo, estableciéndose en Manchester en 1827. Jugo un papel decisivo en la creación de la sociedad de estadística de Manchester. Escribió sobre la condición moral y física de la clase obrera empleada en el algodón *Fabricación en Manchester* (1832).

⁴⁹ En las zonas densamente pobladas, las enfermedades infecciosas se propagaban rápidamente, causando consternación a los principales ciudadanos, no sólo por temor a que sus familias fueran víctimas, sino

Los médicos que se han ocupado no sólo de las enfermedades sino también de las condiciones de vida y de trabajo de la población británica fueron: Percival, Ismillie, Knight, Southwood Smith, Barham, Alison, Wade, Hawkins, Cowan, Johns, Hennen, Barry, Sharp, Beaumont, Kay, Loudon, Robertson, Bardsley y Madellar.

Informe Chadwick.

John Russel, secretario del Home Department (Ministerio del Interior), pregunta a los Comisionados de la Ley de Pobres si las causas que castigan a la población trabajadora de la metrópoli están presentes también en las otras partes de Inglaterra, Escocia, y País de Gales. El resultado de la encuesta que dirigió Edwin Chadwick⁵⁰ con el asesoramiento de tres prestigiosos médicos (Arnott, Southwood Smith y

también por el daño económico causado por los brotes entre los trabajadores en algunas de las hilanderías al sur de Lancashire.

⁵⁰ **Sir Edwin Chadwick** (1800-1890): reformista social inglés, conocido por sus reformas en las leyes que regulaban la atención médica y la atención a indigentes. En 1832 inició su lucha para la mejora de las condiciones sanitarias y de salud general para la población desfavorecida. En 1832 fue contratado por una Comisión Real designada para investigar el funcionamiento de las *Poor Laws* (leyes de pobres) y en 1833 fue nombrado miembro de pleno derecho de este organismo. Chadwick y Nassau William Senior redactaron el famoso informe de 1834 en el que se recomendaba la reforma de las *Poor Laws* (leyes de los pobres). Mientras siguió trabajando en la Ley de Pobres, abordó la cuestión de saneamiento junto al Dr. Thomas Southwood Smith. Sus esfuerzos conjuntos permitieron mejoras sustanciales en la salud pública. El informe *The Sanitary Condition of the Labouring Population* sobre el estado sanitario en el que se encontraba la población obrera en 1842 se añadió un informe complementario en 1843. En reconocimiento a su servicio público Chadwick fue nombrado Caballero (*Sir*) en 1889.

Kay), se publicó tres años después (1842): “Condiciones Sanitarias de la Población Trabajadora de Gran Bretaña” (Informe Chadwick).⁵¹

Chadwick, partiendo de la teoría miasmática entonces en boga, buscó y encontró montones de basura, materias orgánicas en putrefacción, excrementos humanos en las calles, patios y casas, aguas estancadas y fétidas, escasez de desagües, insuficiente provisión de agua, y esta más de las veces polucionada, falta de ventilación en casas y fábricas. En el informe se consignaban además las diferentes tasas de mortalidad y las edades promedio de la población según clase social. Se señalaba, que más de la mitad de los niños de la clase obrera, morían antes de llegar a los cinco años, y que en ciudades como Liverpool el promedio de los distintos grupos sociales era, de treinta y cinco años para la aristocracia, veintidós para los comerciantes, y quince años para los obreros; la mortalidad infantil en Londres era de 100, 167 y 250 por mil nacidos vivos para la aristocracia, los comerciantes, y los obreros respectivamente.

Las acciones colectivas adoptadas por las organizaciones de trabajadores en materia de salud y seguridad tienen una larga tradición. En

⁵¹ Engels describe las condiciones de trabajo que sufrían los obreros de los metales en la Inglaterra del año 1842: “Durante algunas operaciones, las herramientas presionan continuamente el pecho, provocando tuberculosis. La fabricación de las limas impide un desarrollo armónico del cuerpo, y motiva dolencias del aparato digestivo; en tanto que el tallado de los mangos de cuerno para los cuchillos, provoca jaquecas, derrame de bilis y anemia en las jóvenes que a menudo se ocupan de estas labores. Pero el trabajo más malsano, es el afilado de cuchillos y tenedores, que conduce inevitablemente a una muerte prematura, sobre todo si la labor se cumple con piedras de afilar. Lo peligroso de la misma proviene, en parte, de que debe efectuarse con el tronco doblado, a causa por la cual el pecho y el estómago sufren una presión permanente y, en parte, por el desprendimiento de fino polvillo metálico, que inunda el ambiente y contamina los pulmones. Los afiladores con piedra seca raramente pasan de los 35 años, mientras los que trabajan con piedra húmeda llegan a los 45 años”. ENGELS Federico: *La Situación de la Clase Obrera en Inglaterra*. op. cit.

1775, Percival Pott⁵², elaboró el primer informe conocido sobre cáncer profesional: el cáncer de piel de los deshollinadores de Londres. Dos años más tarde, el Gremio de Deshollinadores de Dinamarca, en lo que constituye la primera respuesta conocida a la amenaza del cáncer profesional, ordenó que los aprendices recibieran los medios necesarios para someterse a un baño diario.

No obstante, la salud y seguridad no solía constituir una cuestión explícitamente abordada en los primeros conflictos laborales.

Los trabajadores empleados en puestos peligrosos debían ocuparse de problemas más acuciantes, como el bajo nivel salarial, el excesivo número de horas de trabajo o el poder arbitrario de los propietarios de fábricas y minas. Los riesgos para la seguridad se reflejaban en las cifras diarias de lesiones y fallecimientos, pero la salud en el trabajo no era bien comprendida.

Las organizaciones de trabajadores eran débiles y estaban sometidas al acoso continuo de propietarios y los gobiernos. Su objetivo primordial era garantizar la mera supervivencia. Como resultado de los reclamos de los trabajadores del siglo XIX, rara vez se defendía la consecución de condiciones de mayor seguridad.

Los sindicatos del Reino Unido representaban a sus afiliados en los casos de indemnización de trabajadores y propugnaron una mejora de las

⁵² **Percivall Pott** (1714-1788): cirujano británico, uno de los padres de la ortopedia, y el primer científico en demostrar que el cáncer puede ser provocado por agentes tóxicos ambientales.

leyes y reglamentos. Su labor reflejaba la interacción entre la negociación colectiva en materia de salud y seguridad y el sistema de inspección industrial. En 1905, por ejemplo, los sindicatos presentaron 268 quejas ante la Inspección Industrial del Reino Unido.⁵³

La Revolución Industrial en Francia. La Medicina del Trabajo.

La Academia de Ciencias Morales y Políticas de París encomendó el estudio de las condiciones de trabajo de los niños en las fábricas a Louis René Villermé⁵⁴, que sostenía las doctrinas económicas de la escuela liberal y era un oponente a la intervención del Estado.⁵⁵ Fue tanto lo que vio respecto del sufrimiento de los niños en las fábricas, que despertó su indignación y en el informe (1839) hay una enérgica petición que obligó al gobierno a tomar medidas. Dicho informe conmovió a la opinión pública

⁵³ TELEKY Ludwig: *The History of Factory and Mine Hygiene*. Columbia University Press. London: Geoffrey Cumberlege. 1948.

⁵⁴ **Louis-René Villermé** (1782-1863): médico francés. Estudió las condiciones físicas de los trabajadores del algodón, lana y seda y demostró la relación con las enfermedades respiratorias que sufrían los obreros.

⁵⁵ El doctor Grapin en su estudio sobre la condición obrera a principios del siglo XIX escribe: “Al obrero nada se le da a cambio de su trabajo; para él, vivir es no morir”. Su salario es insuficiente. Su alimentación está compuesta por pan y papas. Su promedio de vida es inferior al de otras clases de la población. La duración de la jornada de trabajo es siempre por término medio, de 15 horas. Aparece el trabajo de los niños. Hay niños de 6 a 8 años empleados en trabajos simples y fáciles, como la vigilancia de las máquinas. Pero esos trabajos los obligan igualmente a una inmovilidad constante, contraria a su naturaleza, la mayor parte de las veces en una atmósfera insalubre. A veces se los retiene 15 o más horas en la fábrica, castigándolos si se adormecen durante el trabajo. también las mujeres son empleadas en gran cantidad. Pero los sufrimientos impuestos a los trabajadores despertarán en ellos sentimientos de solidaridad y deseos de lucha, que se afianzarán paralelamente al desarrollo del capitalismo. BARRET F.: *Historia del Trabajo*. Eudeba. Buenos Aires. 1961. p. 42.

francesa y la legislatura aprobó en 1841, la primera ley francesa del trabajo, por la que se prohibía el empleo de niños menores de 8 años, y fijaba el horario de 8 horas para niños menores de 12, y en 12 horas diarias para los menores de 16. Pero se omitió en la ley, los medios coactivos para su aplicación.⁵⁶⁻⁵⁷

Administrativamente, la Medicina del Trabajo existe en Francia desde 1942, luego de un largo proceso de maduración. Luego de la Primera Guerra Mundial, se comenzó a dirigir la mirada hacia las enfermedades profesionales y los accidentes del trabajo. Un cierto número de empresas crearon servicios médicos dentro de ellas. Los primeros institutos

⁵⁶ Extracto de VILLERME Louis R.: *Tableau de l'état physique et moral des ouvriers employés dans les manufactures de coton, de laine et de soie*. París, Jules Renouardet Cie, Libraires, 1840. Vol. 1 y 2. En: BUCK Carol, LLOPIS Alvaro, NÁJERA Enrique, TERRIS Milton: *El Desafío de la Epidemiología. Problemas y lecturas seleccionadas*. Publicación Científica N°. 505. OPS. 1988. pp. 34-37.

⁵⁷ La Revolución Francesa incorporó por primera vez los intereses de la comunidad a la organización social del Estado. Antes el rey era el Estado; sus intereses y los de la nobleza eran las únicas consideraciones que habían de tenerse presentes en la organización del Estado.

Sin embargo, la salud pública en el sentido moderno había comenzado en el siglo XIX en Francia, no en Inglaterra ni Alemania. Esto lo atestiguaron los ingleses. Richardson, el colega de Snow, señaló en 1855 que los ingleses se encontraban muy rezagados con respecto a los trabajadores de salud pública franceses, ya que estos contaban con una literatura sobre este tema muy desarrollada y fundamentada en la investigación científica. Además, a los trabajadores franceses les interesaban todos los aspectos de la salud pública, no meramente las enfermedades epidémicas. Tal vez el espíritu inspirador de este movimiento fuese Villermé, quien escribió acerca de las condiciones existentes en las fábricas de productos textiles y demostró con claridad la relación que había entre la situación económica y la mortalidad. En 1826 apareció su obra acerca de la mortalidad en los diferentes sectores de París, en que vinculaba la pobreza a la enfermedad.

A los franceses les preocupaban en particular las fábricas porque consideraban que eran el origen principal del deterioro en la situación de salud. Villermé afirmó esto en su principal tratado, *Tableau de l'état physique et moral des ouvriers employés dans les manufactures de coton, de laine et de soie* (Descripción de la situación física y moral de los trabajadores empleados en plantas textiles de algodón, lana y seda). Fue la Revolución Industrial la que en un sentido muy real trajo a primer plano la salud pública.

A Villermé le preocupaban las condiciones de los trabajadores porque a nadie le importaban los trabajadores. Había transcurrido un siglo desde que comenzara la industrialización antes de que se tomaran medidas para mejorar la salud de la población.

Villermé había demostrado que existía una acentuada relación entre la pobreza y la enfermedad, pero solo unos pocos decenios más tarde ocurrió un cambio.

BUCK Carol, LLOPIS Álvaro, NÁJERA Enrique, TERRIS Milton: op. cit. pp. 5-8.

universitarios de medicina del trabajo vieron la luz en Lyon en 1930, en París en 1933 y en Lille en 1935.⁵⁸

En el decenio de 1930, la aplicación en Francia de ciertas disposiciones del código laboral relativas a la higiene en el trabajo demostró la utilidad de dar a los inspectores de trabajo acceso a médicos consultores.⁵⁹

Leyes de 1937 y de 1946 autorizaron al Departamento de Inspección del Trabajo a ordenar intervenciones médicas temporales. Con el tiempo, estas intervenciones, inicialmente concebidas con carácter intermitente, evolucionaron hasta convertirse en actividades permanentes complementarias de la inspección de trabajo y realizadas simultáneamente a ésta. Tras la promulgación de la Ley de 11 de octubre de 1946 sobre medicina del trabajo se estableció un marco técnico permanente para la inspección médica del trabajo.⁶⁰

Desde 1947, no obstante, el desarrollo técnico en este campo ha sido irregular y esporádico, y el número de inspectores médicos ha sido en ocasiones insuficiente para las tareas de inspección, como también lo ha sido el de inspecciones de los lugares de trabajo. Así, aunque los departamentos médicos creados aumentaron en número e importancia, el

⁵⁸ ANDLAUER P., et al.: *El Ejercicio de la Medicina del Trabajo*. Editorial Científico-Médica. España. 1980. pp.5-15.

⁵⁹ OIT: *Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo*. Madrid. 1998. Tomo I. pp. 16.25-16.27.

⁶⁰ OIT: op. cit., Tomo I. pp. 16.25-16.27.

número de inspectores médicos se redujo gradualmente desde los 44 inicialmente designados en 1947 a 21. Estas tendencias contradictorias explican en parte algunas de las críticas a que ha debido hacer frente el sistema de medicina del trabajo.⁶¹

No obstante, desde 1970 y especialmente desde 1975 se ha hecho un esfuerzo serio para crear un Departamento de Inspección Médica del Trabajo capaz de dar respuesta a las necesidades de los aproximadamente 6.000 médicos responsables de más 12 millones de trabajadores. En 1980 se asignaron 39 puestos remunerados a los servicios de inspección, de los cuales se cubrieron 36. En 1995 había 43 puestos disponibles.⁶²

Al mismo tiempo que los funcionarios franceses caían en la cuenta de la necesidad de establecer un departamento especializado de inspección responsable de la aplicación de las directrices legislativas y reglamentarias relativas a la higiene y la medicina en el trabajo, en otros países se alcanzaban estas mismas conclusiones.⁶³

Ante este consenso creciente, la OIT, en colaboración con la OMS, convocó en 1963 en Ginebra un simposio internacional sobre inspección médica de los lugares de trabajo. Entre los resultados dignos de mención se encuentran la definición de las responsabilidades, deberes y requisitos de

⁶¹ OIT: op. cit. Tomo I. pp. 16.25-16.27.

⁶² OIT: op. cit. Tomo I. pp. 16.25-16.27.

⁶³ OIT: op. cit. Tomo I. pp. 16.25-16.27.

conocimientos y formación de los inspectores médicos, así como las técnicas y métodos de inspección.⁶⁴

La Revolución Industrial en EE.UU. La Medicina del Trabajo.

Los servicios de salud en el trabajo en Estados Unidos siempre han estado divididos entre el funcionamiento y el control. El grado en que la administración pública debe, en cualquier nivel, dictar normas relativas a las condiciones de trabajo ha sido objeto de permanente controversia. Además, ha habido una incómoda tensión entre los gobiernos estatales y federal acerca de quién debe asumir la competencia primaria sobre los servicios preventivos, basados principalmente en normas de salud y seguridad en el trabajo.⁶⁵

La indemnización económica por las lesiones y enfermedades profesionales ha sido básicamente responsabilidad de las aseguradoras privadas, y la educación en materia de salud y seguridad en el trabajo, sin cambios hasta hace pocos años, se ha dejado esencialmente a los sindicatos y a las grandes empresas.⁶⁶

⁶⁴ OIT: op. cit. Tomo I. pp. 16.25-16.27.

⁶⁵ OIT: op. cit. Tomo I. pp. 16.34-16.48.

⁶⁶ OIT: op. cit. Tomo I. pp. 16.34-16.48.

El primer intento público de regular las condiciones de trabajo se produjo en el ámbito estatal. En el decenio de 1800, cuando el aumento de la producción industrial dio lugar a altas tasas de accidentes, los estados comenzaron a promulgar disposiciones sobre salud y seguridad en el trabajo. Pennsylvania adoptó la primera ley de inspección de minas de carbón en 1869 y Massachusetts fue el primer estado en aprobar una ley de inspección de fábricas en 1877.⁶⁷

Benjamín McCready⁶⁸, en un trabajo premiado por la Sociedad Médica del Estado de Nueva York (1836), atribuía la mala salud de muchos trabajadores, no tanto a la ocupación misma, cuanto a las condiciones de vida y de trabajo, la mala ventilación de los talleres, los malos alojamientos, la suciedad, la falta de ejercicios de muchas ocupaciones, y a la intemperancia. Los obreros recibían en algunas obras públicas una ración diaria de 5 vasos de whisky, como parte de su jornal.

Con todo, la salud y la seguridad se sumaron a otras cuestiones abordadas en las primeras luchas sindicales. A finales del decenio de 1820, los trabajadores de la industrial textil en Estados Unidos comenzaron a movilizarse a favor de la reducción de la jornada de trabajo. Muchos de los trabajadores eran mujeres, al igual que las dirigentes de frágiles sindicatos como las asociaciones para la reforma del trabajo de las mujeres de Nueva

⁶⁷ OIT: op. cit. Tomo I. pp. 16.34-16.48.

⁶⁸ **McCready Benjamin William** (1813-1892): médico, reconocido experto en la ciencia médico-legal, actuó durante las epidemias de cólera y fiebre tifoidea manifestó su celo en el servicio, miembro de la Academia de Medicina de Nueva York, pertenecía a una serie de sociedades científicas y filantrópicas.

Inglaterra. La propuesta de una jornada de diez horas se consideraba mayoritariamente como una cuestión de bienestar general. Sin embargo, al declarar ante la asamblea legislativa de Massachusetts, los trabajadores también criticaron los efectos de 12 y 14 horas de trabajo diarias en fábricas mal ventiladas y describieron una “enfermedad debilitante” que atribuyeron al polvo de algodón y a la mala ventilación y que actualmente se admite como una de las primeras referencias a la bisinosis⁶⁹. Su éxito en cuanto al reconocimiento por parte de los propietarios de las fábricas y a la adopción de medidas por parte de la asamblea fue escaso.⁷⁰

En otras acciones sindicales se abordaron más los efectos de los riesgos profesionales que su prevención. Muchos sindicatos del siglo XIX adoptaron programas sociales para sus afiliados, como la concesión de pensiones de discapacidad a los lesionados y de prestaciones a los supervivientes. Los sindicatos mineros de Estados Unidos y Canadá avanzaron un paso más y crearon hospitales, consultas e incluso cementerios para sus afiliados. Aunque los sindicatos intentaron mejorar la

⁶⁹ **Bisinosis:** también conocida como fiebre del lunes. En 1705, Ramazzini describió un cuadro respiratorio en trabajadores expuestos al cáñamo. Proust fue el primero en utilizar el término bisinosis en 1877 para designar un cuadro de disnea que aparecía el primer día de trabajo de la semana en trabajadores de la industria textil. El término bisinosis deriva de la palabra griega “Byssos”, que significa lino. Es una enfermedad pulmonar ocupacional causada por la inhalación de polvos de fibras textiles en trabajadores de algodón y, en menor grado lino, cáñamo y yute. Ocurre en trabajadores de la industria textil especialmente que trabajan en ambientes cerrados y poco ventilados. Por lo general causa estrechamiento de la tráquea y bronquios pulmonares, destrucción del parénquima pulmonar y, a menudo, muerte por infecciones respiratorias. La bisinosis fue frecuente hasta mediados del siglo XX en todos los países industriales. En el presente sigue siendo común en países en vías de desarrollo. MICHEL DE LA ROSA F.J., FERNANDEZ INFANTE B.: *Otras enfermedades obstructivas: bisinosis, bronquitis crónica y EPOC de origen laboral y bronquitis eosinofílica*. Anales Sis San Navarra. 2005, vol.28, suppl.1, pp. 73-81.

⁷⁰ OIT: op. cit. Tomo I. pp. 21.15-21.19.

negociación de las condiciones de trabajo con las empresas, la mayoría de las movilizaciones por razones de salud y seguridad en América del Norte se produjeron en las minas y se dirigieron a los órganos legislativos estatales y provinciales.

América del Norte sufría un retraso en comparación con estas iniciativas. Fueron adoptados programas formales de seguridad por algunas grandes empresas en torno al cambio de siglo.

Los programas tenían un carácter muy paternalista, confiaban más en la disciplina que en la educación y solían basarse en la premisa de que los propios trabajadores eran culpables en gran medida de los accidentes y enfermedades del trabajo.

En las primeras décadas del siglo XX, la función básica de la administración federal en materia de salud y seguridad en el trabajo era la de investigación y consulta. En 1910, el Departamento de Interior estableció el Federal Bureau of Mines para investigar accidentes, tramitar consultas en el sector, realizar investigación de seguridad y de producción y suministrar formación sobre prevención de accidentes, primeros auxilios y salvamento en las minas.⁷¹

⁷¹ OIT: op. cit. Tomo I. pp. 16.34-16.48.

En 1911 el gobernador de Illinois contrató a Alice Hamilton⁷² para dirigir los estudios científicos de la recién creada Comisión para el Estudio de las Enfermedades Profesionales.

En 1913 se creó un Departamento de Trabajo. En 1914 se creó la Office of Industrial Hygiene and Sanitation en el Public Health Service para realizar investigaciones y ayudar a los estados en la resolución de problemas de salud y seguridad en el trabajo. Estaba ubicada en Pittsburgh

⁷² **Alice Hamilton** (1869-1970): se graduó de médica en la Facultad de Medicina de la Universidad de Michigan, en 1893. Allí Alcanzó su primera meta en una larga carrera personal llena de obstáculos que la llevaría, entre otras cosas, a convertirse en una auténtica pionera de la Medicina del Trabajo en los Estados Unidos de América, y la primera persona que impartió docencia sobre la materia en el país, en la Universidad de Harvard. Todo fue más difícil porque era mujer. Viajó a Alemania -la cumbre de la medicina mundial en aquella época- con la intención de estudiar bacteriología y anatomía patológica. Se encontró, sin embargo, con que las mujeres alemanas no tenían permitido el acceso a la universidad. Con bastantes dificultades, consiguió que se le autorizara el acceso a algunas clases en las universidades de Munich y Leipzig, pero con la condición de que se hiciera prácticamente “invisible” para no perturbar a profesores y alumnos varones. Al año siguiente regresó a los Estados Unidos y continuó sus estudios de postgrado en la renombrada Universidad John Hopkins, de Baltimore. En 1897 empieza a trabajar como profesora de anatomía patológica en la Facultad de Medicina para mujeres de la Northwestern University y poco tiempo después como microbióloga del Memorial Institute for Infectious Diseases de Chicago (Illinois), donde permanecería hasta 1909. Desde su llegada a Chicago, la doctora Hamilton va a vivir en la Hull House de Jane Addams, la famosa reformadora social, primera mujer a la que se le concedería el Premio Nobel de la Paz, en 1931. En la Hull House, Hamilton, va a conocer un mundo nuevo que cambiará radicalmente su vida. Entra en contacto con el mundo obrero y los inmigrantes, es decir, con la pobreza, las inhumanas condiciones de vida y los trabajos insalubres, nocivos y peligrosos. Como médico, en la Hull House, imparte clases de Educación para la Salud y crea una clínica para niños pobres que atiende personalmente, y continuaría haciéndolo durante los veintidós años que viviría en la casa. Allí fue donde comenzó su interés por la que entonces se llamó Industrial Medicine y luego Occupational Medicine. Sus investigaciones se centraron, principalmente, en los daños para la salud ocasionados por los metales, como el plomo, el arsénico, el mercurio o el radio, y diversos compuestos químicos presentes en las fábricas de barnices y pinturas, en la producción de caucho y, más tarde, sobre todo durante la Primera Guerra Mundial, en las fábricas de municiones y explosivos. De dichas investigaciones surgieron un elevado número de publicaciones y sus dos libros más importantes sobre la materia: *Industrial Poisons in the United States* (1925) e *Industrial Toxicology* (1934). Sí, antes de Alice Hamilton, los estudios sobre enfermedades profesionales en los Estados Unidos de América eran muy escasos, la legislación social para la protección de la salud de los trabajadores -al contrario de lo que ocurría en muchos países de Europa- era inexistente. Pero, en 1911, el gobernador de Illinois la contrató para dirigir los estudios científicos de la recién creada Comisión para el Estudio de las Enfermedades Profesionales, gracias a la cual se promulgaron las primeras normas legales sobre la materia en ese estado. Posteriormente, durante una década -y sin sueldo- realizó la misma labor para el Gobierno Federal. En 1919, la Universidad de Harvard la contrató como profesora del Departamento de Medicina Industrial que acababa de constituir. Alice Hamilton falleció con 101 años, el 22 de septiembre de 1970, tres meses antes de que se promulgara la primera ley federal sobre Seguridad y Salud en el Trabajo en los Estados Unidos.

http://oasis.lib.harvard.edu/oasis/deliver/deepLink?_collection=oasis&uniqueId=sch00031
(consultada 12/02/2016)

por su estrecha vinculación con la Bureau of Mines y su especialización eran las lesiones y enfermedades de la minería y la siderurgia. En 1936, el Departamento de Trabajo comenzó a asumir competencias reguladoras en virtud de la Ley de Contratos Públicos, que exigía a determinados contratistas federales el cumplimiento de baremos mínimos de salud y seguridad. La aplicación de estos baremos por parte de los estados solía hacerse con distintos grados de eficacia, en virtud de acuerdos cooperativos con el Departamento de Trabajo. Esta mezcla de normas federales y estatales no resultaba eficaz para la prevención de las enfermedades y lesiones del trabajo.⁷³

Grandes desastres como el incendio de Triangle Shirtwaist en 1911 en Nueva York,⁷⁴ dieron lugar al lanzamiento de campañas sindicales a favor de la adopción de mejoras y optimizaron en última instancia la legislación en materia de seguridad contra incendios. No obstante, la consideración de la salud y la seguridad como una cuestión laboral generalizada sólo se planteó con el auge de los sindicatos en los decenios de 1930 y 1940. En 1942, por ejemplo, los estatutos de la Unión de

⁷³ OIT: op. cit. Tomo I. pp. 16.34-16.48.

⁷⁴ El incendio de la fábrica de camisas Triangle Shirtwaist de Nueva York el 25 de marzo de 1911 es el desastre industrial más mortífero en la historia de la ciudad de Nueva York y el cuarto en el número de muertes de un accidente industrial en la historia de los Estados Unidos. El fuego causó la muerte de 146 trabajadoras textiles que murieron por quemaduras provocadas por el fuego, la inhalación de humo, o por derrumbes. La mayoría de las víctimas eran jóvenes mujeres inmigrantes de origen judío e italiano de entre dieciséis y veintitrés años de edad. La víctima de más edad tenía 48 años y la más joven 14 años.

Trabajadores de la Industria del Acero de Estados Unidos exigían que todos los sindicatos locales establecieran comités de salud y seguridad.

A mediados del decenio de 1950, los trabajadores y las empresas habían creado este tipo de comités en la mayoría de las minas y centros de fabricación con presencia sindical y en otros muchos lugares de trabajo del sector de la construcción y de los servicios; además, la mayoría de los contratos sindicales incluían una sección sobre salud y seguridad.

Las primeras leyes federales globales sobre salud y seguridad en el trabajo se aprobaron en 1969 y 1970. En noviembre de 1968, una explosión en Farmington, Virginia Occidental, mató a 78 mineros del carbón y dio un impulso a las exigencias de los mineros en favor de una legislación federal más rigurosa. En 1969 se aprobó la Ley Federal de Salud y Seguridad en la Minería del Carbón, que establecía normas obligatorias para la explotación subterránea. La Ley Federal de Salud y Seguridad Minera de 1977 ampliaba y combinaba la anterior ley con otras previas del sector minero y creaba la Mine Safety and Health Administration (MSHA), encargada de elaborar y aplicar baremos sobre salud y seguridad en todas las minas del país.⁷⁵

La promulgación de la Ley de Salud y Seguridad en el Trabajo de 1979 se vio favorecida no ya por un desastre aislado, sino por un aumento sostenido de las tasas de lesiones durante el decenio de 1960. La naciente

⁷⁵ OIT: op. cit. Tomo I. pp. 16.34-16.48.

sensibilización medioambiental y una década de legislación progresista hicieron posible esta nueva ley, que se aplica a la mayoría de los lugares de trabajo de Estados Unidos. En ella se creó la Occupational Safety and Health Administration (OSHA), dependiente del Departamento de Trabajo, con la función de elaborar y aplicar estándares federales sobre salud y seguridad en el trabajo. La ley no suponía una ruptura completa con el pasado, pues contenía un mecanismo que permitía a los estados gestionar sus propios programas OSHA. Creó también el National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH), dependiente de lo que hoy es el Departamento de Sanidad y Servicios Humanos, para realizar investigaciones, formar profesionales en salud y seguridad, elaborar estándares sobre salud y seguridad en el trabajo.⁷⁶

En la actualidad, las competencias de los servicios de salud y seguridad en Estados Unidos están repartidas entre varios sectores. En las grandes empresas, los servicios de tratamiento, prevención y educación corren principalmente a cargo de sus propios departamentos médicos. En las más pequeñas, estos servicios suelen ser prestados por hospitales, clínicas o consultas privadas.⁷⁷

Las evaluaciones médicas independientes y toxicológicas son prestadas por médicos individuales, así como por centros hospitalarios de

⁷⁶ OIT: op. cit. Tomo I. pp. 16.34-16.48.

⁷⁷ OIT: op. cit. Tomo I. pp. 16.34-16.48.

los sectores públicos y universitarios. Por último, las instituciones gubernamentales se encargan de la aplicación, la financiación de la investigación, la educación y el establecimiento de normas sobre salud y seguridad en el trabajo.⁷⁸

La Revolución Industrial en Italia. La Medicina del Trabajo.

En la Universidad de Pisa se crea la cátedra de las Instituciones Médico-Civiles, donde en su lección inaugural (1838) Puccinotti⁷⁹ define los tres deberes de la medicina: conservar la vida del trabajador, hacer que el trabajo no sea peligroso para la salud del obrero, elevar el nivel de vida familiar y social.⁸⁰

⁷⁸ OIT: op. cit. Tomo I. pp. 16.34-16.48.

⁷⁹ **Francesco Puccinotti** (1794-1872): médico, fisiólogo, clínico, médico forense, historiador de la medicina, filósofo, político y escritor. Estudió y apoyó la necesidad de proteger la salud de los trabajadores dio los primeros pasos en el desarrollo de la higiene y medicina social.

⁸⁰ SAND René: op. cit. p. 219.

La Revolución Industrial en Alemania. La Medicina del Trabajo.

A finales del siglo XVIII, Johann Peter Frank⁸¹ habla de las precarias condiciones de vida la población y su impacto. En su discurso académico titulado *De populorum miseria: morborum genetrice*, “la miseria del pueblo: madre de las enfermedades”, que sostuvo siendo director de la escuela de medicina de Pavía al final de los cursos del año 1790. Frank atacó frontalmente y sin disimulo la situación de inequidad y pobreza existentes y las nombraba como causa directa de los problemas de salud del pueblo. La pobreza y la miseria son evidentes como causa permanente de enfermedad; sin embargo, su reconocimiento como tales no era tan evidente durante este periodo histórico en que fueron expuestas por Frank, quien reconocía que la mayoría de las enfermedades eran atribuibles a las acciones y hábitos de los mismos hombres y no una expresión de la voluntad divina, y proponía que esto podía ser modificado con la correspondiente planificación y cuidado. Con la idea de las enfermedades causadas por uno mismo y por ende evitables toma como base las ideas de Rousseau sobre la desigualdad, incorporado el concepto médico de higiene en el matrimonio, en el vestido, la alimentación y el trabajo.⁸²⁻⁸³

⁸¹ **Johann Peter Frank** (1745-1821): médico y filósofo alemán.

⁸² SIGERIST Henry E.: *Hitos en la Historia de la Salud Pública*. Siglo Veintiuno Editores. México. 1984. pp. 66-84.

Las condiciones eran aún peor que en Inglaterra.⁸⁴ Rudolf Virchow⁸⁵, enviado en 1848 por el gobierno para estudiar una epidemia de tifus en la Alta Silesia, señala la asociación de esta epidemia con el colapso de la industria textil, donde la “población ignorante y miserable” era víctima del hambre.

La situación comenzó a cambiar en torno al final del siglo XIX, con la consolidación de las organizaciones de trabajadores. En 1903, los sindicatos de pintores de Francia y Alemania iniciaron una campaña contra los riesgos de la pintura a base de plomo. El Sindicato de Trabajadores Industriales de Alemania adoptó un programa activo de higiene industrial en 1911, publicó textos pedagógicos sobre riesgos químicos y emprendió una campaña para la consecución de garantías respecto al cáncer de pulmón inducido por el cromo, que dio lugar finalmente a un cambio del método de producción.

En la actualidad, todas las empresas están contractualmente obligadas a tomar precauciones para garantizar la seguridad de sus empleados. Las normas y reglamentos relacionados con el trabajo a las que

⁸³ MEDINA DE LA GARZA Carlos E., KOSCHWITZ Martina-Christine: *Johann Peter Frank y la medicina social*. Medicina Universitaria. Vol. 13. Núm. 52. Julio – Septiembre 2011.

⁸⁴ SIGERIST Henry E.: *La medicina y el bienestar humano*. Imán. Buenos Aires. 1940. p. 103.

⁸⁵ **Rudolf Ludwig Karl Virchow** (1821-1902): médico y político alemán. Considerado el “padre de la patología moderna”, su trabajo ayudó a refutar la antigua creencia de humorismo. También es considerado uno de los fundadores de la medicina social y fue pionero del concepto moderno del proceso patológico al presentar su teoría celular, en la que explicaba los efectos de las enfermedades en los órganos y tejidos del cuerpo, enfatizando que las enfermedades surgen no en los órganos o tejidos en general, sino de forma primaria en células individuales. Asimismo, acuñó el término *omnis cellula ex cellula* (toda célula proviene de otra célula).

hay que prestar atención son imperativas, como también lo son los peligros existentes en el lugar de trabajo. Por este motivo, la Ley de Seguridad en el Trabajo de la República Federal de Alemania incluye entre las obligaciones de la empresa la de consultar a profesionales especializados en materia de seguridad en el trabajo, lo que significa que ésta debe designar no sólo personal especializado (especialmente para resolver cuestiones técnicas), sino también médicos de empresa para los aspectos médicos de la seguridad en el trabajo.⁸⁶

La Ley de Seguridad en el Trabajo entró en vigor en diciembre de 1973. En ese momento había en Alemania unos 500 médicos formados en lo que se llamaba medicina del trabajo. El seguro obligatorio de accidentes ha desempeñado un papel decisivo en el desarrollo y establecimiento del sistema actual, gracias al cual la medicina del trabajo ha logrado implantarse en las organizaciones empresariales a través de la figura del médico de empresa.⁸⁷

⁸⁶ OIT: op. cit. Tomo I. p. 16.31.

⁸⁷ OIT: op. cit. Tomo I. p. 16.31.

La Revolución Industrial en Rusia. La Medicina del Trabajo.

Él médico suizo, Friedrich Erismann⁸⁸, que vivió en Rusia entre 1869 y 1896, realizó con Deméntiev y Pogózhev, una amplia inspección sanitaria a 1080 fábricas de la provincia de Moscú con 114.000 obreros. Erismann escribía: *“hasta el presente las fábricas y los talleres son reinos exclusivos de los propietarios donde domina su voluntad, que no reconoce dentro del territorio de su establecimiento ninguna ley ni regla, a no ser las mismas que él dicta”*.⁸⁹⁻⁹⁰

Los pocos ejemplos presentados sobre las condiciones de vida y de trabajo en distintos países que se industrializaron y que lo hicieron en épocas diferentes, son suficientes para concluir, que en todos ellos aparecieron los mismos “males de la industrialización”.

⁸⁸ **Friedrich Huldreich Erismann** (1842-1915): médico suizo, oftalmólogo e higienista.

⁸⁹ PALERMO Epifanio: *Salud, Enfermedad y Estructura Social*. op. cit. p. 77.

⁹⁰ A título ilustrativo reproducimos un extracto de la descripción que se hace de la labor en el establecimiento metalúrgico de Obujovsk, el más importante de la Rusia de los Zares: *“La fabricación era un verdadero infierno -refiere el viejo fundidor Shilov-, en que los hombres se quemaban vivos. Para evitar la fuga de los obreros se cerraban herméticamente los portones, que custodiaban gente armada. En el interior de los talleres siempre montaba guardia un enfermero, para socorrer a los obreros que se afectaban por el excesivo calor. Apenas ve caer a uno, semidesvanecido, acude en seguida para suministrarle alcohol y lo manda, sin pérdida de tiempo, de vuelta al trabajo. El pobre hombre apenas si se tiene en pie, pero va. ¿Acaso tiene remedio?”*

Y este otro: *“... Envueltos en bocanadas de humo y vapor, en medio de los fuegos policronos de incesante lluvia de acero fundido, pitando desesperadamente en medio de las tinieblas, corren por el vasto ambiente hombres envueltos en paños... Enceguecidos en medio del humo, los obreros tropiezan unos con otros, derramando el acero sobre el piso de tierra. Si en lugar de caer en el piso, el metal líquido alcanza algún órgano, adiós mano, brazo, pierna. Una vez por descuido de un oficial, el acero desbordó de la cuchara cayendo sobre un grupo de operarios. Siete quemados vivos en un instante.”* DANILEVSKY V.: *Historia de la Técnica*. (Siglos XVIII y XIX). Lautaro. Buenos Aires. 1947. pp. 181-182.

La organización de la protección de los trabajadores heredada de los tiempos anteriores, de la época de la URSS⁹¹⁻⁹² por la Federación Rusa constituye una estructura jerárquica construida en el seno de la anterior sociedad y que opera mediante rigurosos controles administrativos junto con la planificación y la asignación de recursos. Los recientes cambios en los sistemas económicos y sociales del país producidos por la transición a una economía de mercado han hecho necesaria la revisión de la legislación de trabajo vigente y la reorganización de todo el sistema de protección de los trabajadores, especialmente en lo relativo a la prestación de servicios de salud en el trabajo a la población activa. La protección de los trabajadores en Rusia es un sistema complejo dirigido a garantizar unas condiciones de trabajo sanas y seguras, lo que incluye medidas jurídicas, socioeconómicas, organizativas, preventivas, de seguridad, de higiene, técnicas y de otros órdenes. La legislación de trabajo de la Federación Rusa comprende ciertas disposiciones de la Constitución Rusa, el Código Laboral, la Ley Básica de Protección de los Trabajadores y legislación de habilitación constituida por actos jurídicos, reglamentos y directivas, así como directrices, ordenanzas,

⁹¹ El sistema soviético de sanidad fue uno de los más efectivos del mundo. El sistema de salud estaba financiado por el Estado, tenía carácter planificado y se basaba en los principios de profiláctica, gratuidad y ligazón de la ciencia y la práctica. La medicina desempeñaba funciones humanas, sociales, higiénicas y profesionales. En la época soviética, el desarrollo de la sanidad laboral era la de mejor del mundo. La sanidad soviética, no era un servicio destinado solamente a los obreros y campesinos, sino una tarea en cuya planificación participaban activamente los sindicatos obreros, las cooperativas agrarias, los soviets y la población en general, es decir, millones de personas que atendían y eran atendidos por la red sanitaria más grande que nunca se había puesto en funcionamiento, alcanzado a cada uno de los rincones de la extensa URSS, incluidos los más alejados y remotos. URSS. *La Sanidad*. Moscú. 1970.

⁹² En octubre de 1927 se establece en toda la URSS la jornada laboral de siete horas y en 1958 la jornada de seis horas para toda la industria pesada. PARIAS Louis-Henri, et al: *Historia General del Trabajo*. Tomo IV. Grijalbo. Barcelona. 1965. pp. 314-315.

normas estatales y otras normas aprobadas por las autoridades competentes de la Federación Rusa y de las repúblicas que la integran.⁹³

La Medicina del Trabajo en la República Checa.

El sistema de salud en el trabajo de la República Checa ha atravesado tres etapas consecutivas en su desarrollo y se ha visto influido por los cambios políticos y económicos experimentados por el país.⁹⁴

La *1ª Etapa: 1932-48*. Este período viene marcado por la fundación del primer Departamento de Medicina del Trabajo por parte del Profesor Jaroslav Teisinger⁹⁵ en la universidad más antigua de Europa Central (Universidad Carlos)⁹⁶. Más tarde, en 1953, este departamento se convirtió en el Centro Hospitalario de Medicina del Trabajo, con 27 camas. El Profesor Teisinger fundó también el Instituto de Investigación sobre Salud en el Trabajo y, en 1962, el Centro de Información sobre Venenos, en el seno del Centro Hospitalario.

⁹³ OIT: op. cit. Tomo I. pp. 16.49-16.53.

⁹⁴ OIT: op. cit. Tomo I. pp. 16.61-16.64.

⁹⁵ El 15 de enero de 1947, el Profesor Dr. Jaroslav Teisinger, se convirtió en el primer jefe del Departamento de Medicina del Trabajo. Fue presidente de la Comisión de Certificación para la emisión de la especialización en el campo de las enfermedades profesionales. Formó el Departamento de Terapia Ocupacional de la Asociación de médicos checos y más tarde la Sociedad de Medicina del Trabajo (1946).

⁹⁶ **Universidad Carlos** (en checo *Univerzita Karlova* y en latín *Universitas Carlos*) fundada en 1348 en Praga (Bohemia), actualmente en la República Checa, es la universidad más antigua y una de las universidades más prestigiosas en la Europa Central y del Este.

2ª Etapa: 1949-88. Este período muestra muchas incoherencias, caracterizándose en algunos aspectos por notables deficiencias y en otros por indudables progresos. En esta etapa se reconoció la necesidad de reorganizar el sistema vigente de salud en el trabajo, pese a su fiabilidad y buen desarrollo en algunos aspectos. La asistencia sanitaria se consideraba un derecho civil fundamental garantizado por la Constitución. Pese a los avances realizados en algunos aspectos, ninguno de los objetivos sanitarios planificados se alcanzó plenamente. La esperanza de vida (67 años para los hombres y 76 para las mujeres) es la más corta de los países industrializados. Hay una alta tasa de mortalidad por enfermedades cardiovasculares y cáncer. En torno al 26 % de los adultos son obesos y el 44 % de ellos tienen niveles de colesterol superiores a 250 mg/dl, alrededor del 45 % de los adultos fuma, lo que causa la muerte de 23.000 personas al año.

3ª Etapa: 1989–la actualidad. La “revolución de terciopelo”⁹⁷ de 1989 hizo posible un cambio inevitable en el sistema de salud pública. La reorganización ha sido bastante compleja y en algunos casos difícil de conseguir: téngase en cuenta, por ejemplo, que el sistema de asistencia sanitaria tiene más camas hospitalarias y médicos por cada 1.000

⁹⁷ La **revolución de terciopelo** fue el movimiento pacífico por el cual el *Partido Comunista de Checoslovaquia* perdió el monopolio del poder político en 1989. Como consecuencia se desarrolló un régimen parlamentario en el contexto de un Estado de derecho y un sistema económico que había iniciado ya su transición al capitalismo.

habitantes⁹⁸ que cualquier país industrializado, al tiempo que destina una cantidad desproporcionadamente menor de recursos económicos.

La Medicina del Trabajo en Japón.

En Japón, el único organismo administrativo en materia de salud en el trabajo es el Ministerio de Trabajo y la norma básica es la Ley de Seguridad y Salud Industrial, promulgada en 1972 (Ley de Salud). La Ley de Salud y sus reglamentos de ejecución establecen la obligación de la empresa de prestar servicios de salud y seguridad en el trabajo, incluida la designación de un Médico de Salud en el Trabajo (MST), dependiendo del tamaño del lugar de trabajo. Se obliga a todos lugares de trabajo con 50 o más trabajadores a designar un MST (que deberá ser a tiempo completo en los lugares de trabajo con más de 1.000 trabajadores)⁹⁹. Además, todos los lugares de trabajo, con independencia de su tamaño, están obligados a ofrecer exploraciones médicas a sus trabajadores, tanto previas a la colocación como periódicas de carácter general para los contratados a tiempo completo, así como específicas para aquéllos de estos últimos que realizan “tareas de riesgo”. El nivel de cumplimiento de estos requisitos

⁹⁸ 4 médicos cada 1.000 habitantes en 2008.

<https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/> (consultada 01/03/2015).

⁹⁹ Similar a lo dictado por nuestra Ley de Higiene y Seguridad en el Trabajo.

suele ser bueno, aunque la tasa de cumplimiento tiene cierta correlación con el tamaño del lugar de trabajo.¹⁰⁰

La Medicina del Trabajo en China.

El mayor país del mundo en vías de desarrollo, está luchando por conseguir una modernización sin precedentes. La política de “apertura” a los intereses extranjeros y la reforma económica en vigor desde 1979 han traído profundos cambios a la economía china y a todos los aspectos de su sociedad.¹⁰¹

El servicio de salud en el trabajo se creó a principios del decenio de 1950 como un subsistema de los servicios públicos chinos de salud. Al fundarse, en 1949, la República Popular China, el estado de salud de los chinos era malo, con una esperanza de vida de 35 años. La situación de la salud y la seguridad de los trabajadores eran aún peor; la prevalencia de las enfermedades profesionales, las enfermedades contagiosas y las lesiones era alta, y los trabajadores solían abandonar prematuramente sus puestos de trabajo. Para hacer frente a las peligrosas condiciones de trabajo y a la deficiente higiene de las fábricas de la “vieja China”, el nuevo gobierno

¹⁰⁰ OIT: op. cit. Tomo I. pp. 16.25-16.48.

¹⁰¹ OIT: op. cit. Tomo I. pp. 16.53-16.61.

adoptó tres medidas: a) crear unas instituciones de servicio de salud en las grandes empresas industriales; b) realizar una investigación exhaustiva de salud e higiene en las fábricas y c) mejorar las condiciones sanitarias de los lugares de trabajo y de las viviendas de los trabajadores.¹⁰²

Los datos estadísticos sobre las explotaciones industriales más antiguas de China muestran que en 1952 se habían creado 28 hospitales de fábrica, 795 centros hospitalarios y 30 sanatorios en China oriental; en la región septentrional, el nivel de servicios médicos y sanitarios en las empresas industriales aumentó un 27,6 %, el número de trabajadores sanitarios un 53,2 % y el número de camas hospitalarias el 12 %, todo ello en el período de tres años comprendido entre 1950 y 1952. La mayor parte de las condiciones de trabajo gravemente inseguras encontradas las revisiones gubernamentales de las empresas estatales se mejoraron mediante iniciativas conjuntas con la participación del gobierno y los trabajadores. El gobierno proporcionó también apoyo financiero para la construcción de viviendas e instalaciones sanitarias. En 1952, las viviendas de los trabajadores habían aumentado diez veces con respecto a las cifras de 1950, el número de instalaciones de sanitarios higiénicos había aumentado un 216 %, los cuartos de baño en un 844 % y los clubes de

¹⁰² OIT: op. cit. Tomo I. pp. 16.53-16.61.

trabajadores en un 207 %. Desde 1950 se proporcionaban subsidios para alimentación a los trabajadores expuestos a peligros profesionales.¹⁰³

Estos avances favorecieron en gran medida la recuperación de la producción industrial en aquel momento.

Desde 1954, siguiendo la llamada de Mao Tse Tung a “avanzar paso a paso hacia una nación socialista industrializada”, China aceleró su desarrollo económico. Las prioridades del gobierno con respecto a la salud de los trabajadores comenzaron a desplazarse de la higiene sanitaria a la salud en el trabajo y la salud medioambiental, concentrándose en la prevención y el control de las enfermedades y lesiones profesionales graves. La primera Constitución de la República Popular China establece que los trabajadores deben disfrutar del derecho a la protección del gobierno y que debe mejorarse su salud y su bienestar.¹⁰⁴

El gobierno central (el Consejo de Estado) ha prestado mucha atención a los graves problemas de la salud en el trabajo. En 1954, tan sólo cinco años después de la fundación de la República Popular China, tuvo lugar en Pekín la “Primera Conferencia Nacional sobre Control de Polvo de Sílice en el Medio Ambiente de Trabajo”, convocada conjuntamente por los Ministerios de Salud Pública (MSP) y de Trabajo (MT) y la Federación China de Sindicatos (FChS). La Segunda Conferencia se celebró cinco años

¹⁰³ OIT: op. cit. Tomo I. pp. 16.53-16.61.

¹⁰⁴ OIT: op. cit. Tomo I. pp. 16.53-16.61.

después con los mismos convocantes, a los que se unieron otros sectores de la administración industrial, tales como el Ministerio de la Industria del Carbón y el Ministerio de Fabricación de Materiales de Construcción.¹⁰⁵

Al mismo tiempo, el estrés por calor, las intoxicaciones en el trabajo, las lesiones por ruido y otras enfermedades producidas por factores físicos, así como la intoxicación por pesticidas en la agricultura, pasaron a formar parte de la agenda de la salud en el trabajo. Fruto de las recomendaciones activas dirigidas al Consejo de Estado a través de las iniciativas conjuntas del MSP, el MT, la FChS y el Ministerio de Administración Industrial (MAI), el Consejo adoptó una serie de decisiones, políticas y estrategias para fortalecer el programa de salud en el trabajo, tales como las relativas al seguro de trabajo, los requisitos de salud y seguridad en el medio ambiente de trabajo, la asistencia médica por enfermedad profesional, las exploraciones sanitarias de los trabajadores dedicados a tareas peligrosas, la creación de sistemas de “inspección sanitaria” y también el importante apoyo financiero necesario para mejorar las condiciones de trabajo.¹⁰⁶

Ya en 1957, el MSP (1957) publicó una Recomendación para el Establecimiento y la Dotación de Personal de las Instituciones Médicas y Sanitarias en las Empresas Industriales. Debe haber un servicio de salud o de salud y seguridad en el nivel de dirección de la empresa, que ha de estar

¹⁰⁵ OIT: op. cit. Tomo I. pp. 16.53-16.61.

¹⁰⁶ OIT: op. cit. Tomo I. pp. 16.53-16.61.

también bajo la supervisión de las autoridades sanitarias públicas locales del gobierno. Un hospital para los trabajadores vinculado a dicho servicio opera como centro médico-sanitario que presta servicios preventivos y curativos, incluida la vigilancia sanitaria de los trabajadores a efectos de salud y seguridad, la evaluación de la capacidad de trabajo desde el punto de vista médico y la aprobación de las bajas por enfermedad de los trabajadores. Hay centros de asistencia sanitaria cerca de los talleres, los cuales, bajo la dirección del hospital de los trabajadores y con su apoyo técnico, desempeñan un papel importante en los primeros auxilios, la educación de los trabajadores en materia de salud en el trabajo, la recolección de datos sanitarios de los trabajadores en los lugares de trabajo y la supervisión de la salud y la seguridad conjuntamente con los sindicatos y los departamentos de ingeniería de seguridad.¹⁰⁷

La Medicina del Trabajo en India.

Desde hace casi medio siglo, los médicos de la India se han interesado por la salud de los trabajadores. En 1940 se fundó en la ciudad de Jamshedpur, en la que se encuentra la planta siderúrgica más antigua y conocida del país, la Asociación de Salud en el Trabajo de la India. No

¹⁰⁷ OIT: op. cit. Tomo I. pp. 16.53-16.61.

obstante, la práctica interdisciplinaria de la salud en el trabajo se desarrolló en los decenios de 1970 y 1980, cuando la OIT envió un equipo que ayudó a crear un centro modelo de salud en el trabajo. La industria y los lugares de trabajo solían prestar asistencia sanitaria bajo el rótulo de Centros de Primeros Auxilios/Servicios Médicos de Fábrica.¹⁰⁸

Estas instalaciones resolvían los problemas sanitarios y lesiones menores en el lugar de trabajo. Algunas empresas han establecido recientemente servicios de salud en el trabajo, y es de esperar que otras más sigan este camino. No obstante, los hospitales universitarios han ignorado hasta el momento esta especialidad.¹⁰⁹

No se dispone de cifras de peligros profesionales y del número de trabajadores expuestos a peligros específicos, pues las estadísticas publicadas por la Oficina de Trabajo no ofrecen estos datos. No se ha elaborado aún un sistema de encuestas de salud en el trabajo. El número de enfermedades notificado en 1978 fue de sólo 19, que ascendieron a 84 en 1982. No hay pautas o tendencias manifiestas en las enfermedades notificadas, siendo las más frecuentes la intoxicación por benceno, la intoxicación por halógenos (derivados halogenados), la silicosis y la

¹⁰⁸ OIT: op. cit. Tomo I. pp. 16.64-16.65.

¹⁰⁹ OIT: op. cit. Tomo I. pp. 16.64-16.65.

neumoconiosis, la bisinosis, la ulceración por cromo, la intoxicación por plomo, la pérdida de audición y la ictericia tóxica.¹¹⁰

No existe una normativa integral de salud en el trabajo. Las tres leyes principales son la Ley de Fábricas, de 1948; la Ley de Minas, de 1952, y la Ley de Seguridad, Salud y Bienestar de los Trabajadores Portuarios, de 1986. La Ley de Fábricas, promulgada inicialmente en 1881, sigue cubriendo tan sólo a los trabajadores de las fábricas registradas, de modo que un gran número de trabajadores manuales y no manuales siguen sin reunir los requisitos necesarios para beneficiarse de las prestaciones de salud y seguridad previstas en cualquiera de las leyes.¹¹¹

La mayor parte de los servicios de salud en el trabajo en la industria están gestionados por médicos o enfermeras, y son pocos los de carácter interdisciplinario, que están limitados a las grandes empresas. La base académica de la medicina del trabajo y la higiene industrial no está aún bien desarrollada, con un acceso restringido a los cursos avanzados de higiene industrial y los de postgrado en práctica de salud en el trabajo.¹¹²

¹¹⁰ OIT: op. cit. Tomo I. pp. 16.64-16.65.

¹¹¹ OIT: op. cit. Tomo I. pp. 16.64-16.65.

¹¹² OIT: op. cit. Tomo I. pp. 16.64-16.65.

La Medicina del Trabajo en Cuba.

En Cuba, antes de 1959, existían miles de pequeños centros laborales y fábricas con deterioradas condiciones de trabajo, cuyos trabajadores carecían de los más elementales medios de protección e higiene y menos aún, se disponía de laboratorios e instrumentos capaces de medir los riesgos ocupacionales. A comienzos de 1959 los cambios sociales y estructurales que incluye la creación del Ministerio de Salud Pública hacen que surja un departamento de Higiene del Trabajo, que posteriormente se transforma en Departamento Nacional de Higiene del Trabajo, dependiente del Viceministerio de Higiene y Epidemiología. Entre las tareas principales estuvo conocer el universo de trabajo, sus riesgos y consecuencias, así como la de capacitar al personal profesional y técnico con el objetivo de discernir y dar solución a los problemas existentes, y principalmente reducir la mortalidad por accidentes y enfermedades profesionales.¹¹³

En 1964 se dictaron las “Bases generales para la organización de la Protección e Higiene del Trabajo”, documento que constituyó el primer intento de delinear la política para la protección de los trabajadores. Posteriormente se crea el Departamento Nacional de Medicina del Trabajo y los Centros Provinciales de Higiene y Epidemiología, y en 1965 surge el Laboratorio Medicina del Trabajo. En 1966 se crea el Reglamento de

¹¹³ DÍAZ H., GRANDA A., ROJAS D.: *Historia de la Medicina del trabajo en Cuba a partir de 1959*. Revista Cubana de Higiene y Epidemiología. 1985;23:166-70.

Higiene del Trabajo, el cual contiene un grupo de normas para el control de la temperatura, ventilación, ruido, vibraciones, iluminación y otros aspectos a cumplir en los centros de trabajo. En el año 1967 comienza a regir el “Reglamento de plaguicidas”, el cual estableció las normas de importación, transporte, almacenaje y aplicación de estas sustancias quimiotóxicas, y se crea el Grupo Nacional de Medicina del Trabajo.¹¹⁴

La primera formación regular de cuadros científico-técnicos para la atención de salud de los trabajadores surge en Cuba prácticamente en los primeros años de la década de 1960, como expresión consecuente de la voluntad del gobierno revolucionario de prestarle atención médica especializada a los trabajadores del país.¹¹⁵

En cuanto a médicos propiamente, un grupo de ellos se envía a especializarse en medicina del trabajo en Bulgaria, la Unión Soviética y la República Democrática Alemana, también en la década de los 60. La formación nacional de especialistas, por su parte, solo logra comenzar en los primeros años de los 70, pero por la residencia médica de higiene, no siendo hasta 1974 en que se aprueba la de medicina del trabajo en el Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología (INHEM), y posteriormente, desde su fundación en diciembre de 1977, en el Instituto de

¹¹⁴ DÍAZ PIÑERA Waldo Jacobo, RABELO PADUA Gladys, MARTÍNEZ CALVO Silvia, LINARES FERNÁNDEZ Tomasa María: *Temas de Salud Ocupacional. Apuntes sobre la epidemiología ocupacional*. Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores. La Habana. Cuba. 2013.

¹¹⁵ GRANDA A.: *La salud ocupacional en Cuba*. Salud de los trabajadores. 1994;2(1):73-6.

Medicina del Trabajo (IMT), hoy Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores (INSAT).¹¹⁶⁻¹¹⁷

Por otra parte, en 1983 surge una nueva opción de formación en salud de los trabajadores en el IMT, la maestría en salud ocupacional (a partir de 1997 se le comienza a denominar *Maestría en Salud de los Trabajadores*), que aunque en los primeros años da cobertura únicamente a estudiantes extranjeros, posteriormente, en 1991, incorpora adicionalmente a nacionales, no sólo médicos, sino también otros profesionales (licenciados, ingenieros, etc.). En sus años de existencia y hasta el presente, esta maestría ha logrado graduar con resultados satisfactorios a más de 160 estudiantes nacionales y 58 de España, Colombia, Venezuela, Ecuador, Brasil, Nicaragua, Costa Rica, México, República Dominicana, Panamá, Chile y Bolivia.¹¹⁸⁻¹¹⁹

¹¹⁶ IBARRA FERNÁNDEZ DE LA VEGA Enrique José, LINARES FERNÁNDEZ Tomasa María, MENÉNDEZ LLOVEZ José Julio, DEL CASTILLO MARTÍN Nino Pedro: *Formación, especialización y perfeccionamiento en salud ocupacional en Cuba. Actualidad y perspectivas*. Revista Cubana de Salud y Trabajo. 2010;11(1):47-55.

¹¹⁷ En 1977 se promulga la Ley N° 13 de Protección e Higiene del Trabajo, que expresa en sus artículos 23 y 24, que corresponde al Ministerio de Salud Pública crear y desarrollar un sistema especial de salud, el cual estará formado por varios programas integrales, además de las funciones comunes de los organismos rectores, las relacionadas con la Medicina del trabajo, incluyendo la asistencia médica y la rehabilitación del trabajador. En la actualidad, el INSAT realiza investigaciones relacionadas con los factores de riesgo ocupacionales, accidentes laborales, el envejecimiento poblacional, incapacidad e invalidez, problemas genéticos, la homeopatía, trabajadores por cuenta propia, abarca sectores priorizados como los de educación y salud, así como otras líneas de investigación encaminadas a la satisfacción creciente del estado de salud de la población trabajadora.

¹¹⁸ IBARRA E. J., MENÉNDEZ J. J.: *Formación y superación en salud de los trabajadores en Cuba*. Simposio Internacional de Salud y Trabajo. Cuba' 97. La Habana. 1° al 5 de diciembre de 1997.

¹¹⁹ IBARRA E. J., MENÉNDEZ J. J.: *Maestría en Salud de los trabajadores en Cuba: pasado, presente y futuro*. Revista Cubana de Salud y Trabajo. 2004;5(1):53-7.

En 1990, la residencia médica de medicina del trabajo, junto con las otras existentes del campo de la higiene (higiene ambiental, nutrición e higiene de los alimentos, etc.) y con la de epidemiología, se integran en una única *residencia de higiene y epidemiología*. Esta integración, que por una parte se vio como positiva al ampliar el espectro de conocimientos e integralidad de los futuros especialistas, limitó en cierta medida, a partir de ese momento, la profundización académica en aspectos importantes de la atención a la salud de los trabajadores para los especialistas que irían posteriormente a atender el programa de salud ocupacional en centros y unidades de higiene y epidemiología, policlínicos laborales y otros centros de trabajo del país.

A partir de 1990 se produce también un hecho significativo que afecta directa y negativamente la formación de profesionales y técnicos en la especialidad: al desaparecer el campo socialista, se reducen considerablemente las posibilidades de formación y perfeccionamiento en el extranjero. En esta etapa decae significativamente, además (producto del conocido recrudecimiento de las condiciones socioeconómicas del país inherentes al período especial), el número y la extensión de los cursos de postgrado impartidos en el IMT.

Por otro lado tenemos que, con la introducción del subsistema del médico y la enfermera de familia en centros de trabajo a finales de los 80 y principios de los 90, surge una nueva necesidad impostergable: la

capacitación inmediata de médicos generales, especialistas de medicina general integral y enfermeras, en aspectos básicos relacionados con la atención diferenciada a la salud de los trabajadores, la que se cumple, en primera instancia, con cursos introductorios de quince días (80 horas lectivas) que se imparten primero en el IMT y después también en los centros provinciales de higiene y epidemiología del país. Obviamente, estos cursos introductorios no resuelven definitivamente el problema por ser muy breves y concisos (su contenido se limita a los temas más generales de la especialidad, básicamente los relacionados solo con la atención primaria de salud de los trabajadores), por lo que para la complementación necesaria y suficiente de conocimientos de estos médicos, se acepta tácitamente la variante, no precisamente la más apropiada, de utilizar la maestría en salud de los trabajadores del IMT, que, por una parte, no puede cubrir las necesidades crecientes de especialización de aquellos profesionales, y que, por otra, no tiene la finalidad expresa de formar especialistas para el desempeño, sino la de preparar adecuadamente a los mejores existentes en el país para la investigación científico-técnica y la docencia en ese campo.¹²⁰

Adicionalmente, en la década de los 90 otro hecho se produce en el país, en pleno *período especial*, y se relaciona con cambios prácticamente

¹²⁰ IBARRA E. J.: *La investigación científica y la capacitación en salud de los trabajadores en Cuba*. Taller precongreso de Salud de los Trabajadores. IV Congreso de Higiene y Epidemiología. La Habana; 1996.

masivos de trabajadores de sus puestos de trabajo. Un número significativo de nuestros especialistas abandona la actividad que viene realizando hasta ese instante. Muchos de ellos pasan a realizar otras tareas ajenas a la atención de salud de los trabajadores, lo que motiva la necesidad urgente de sustituirlos con nuevos cuadros aún sin una preparación suficiente, adecuada y oportuna.

Es importante hacer referencia también a la impartición de conocimientos sobre la disciplina de salud de los trabajadores en la formación médica de pregrado. En el programa de la carrera de medicina, algunos temas básicos sobre la especialidad se imparten desde hace ya algún tiempo en el quinto año como parte de la estancia de higiene y epidemiología (de dos meses de duración en total), los cuales, como se aprecia claramente en la práctica diaria, no le aportan al estudiante los conocimientos y el enfoque higiénico-epidemiológico necesarios e imprescindibles para abordar los problemas de salud de la población trabajadora a la que deberá enfrentarse durante su vida profesional. En este punto también debe mencionarse que en los últimos años en las carreras tecnológicas, la impartición de conocimientos sobre *seguridad y salud en el trabajo* decae significativamente, lo que representa una relativamente débil formación de los técnicos de nivel superior si se tienen en cuenta aspectos tan necesarios en sus profesiones respectivas como son los relacionados con la prevención y control de riesgos a la salud en la industria y la

comunidad. Se exceptúa de esta situación la carrera de ingeniería industrial, donde se brinda una formación básica a los estudiantes en aspectos de seguridad, higiene industrial y ergonomía, contando ya la carrera con algunos doctores en ciencias técnicas que desarrollaron sus tesis en estas temáticas. En el resto de las carreras tecnológicas, sin embargo, se suprimieron inexplicablemente esos temas desde hace varios años, contraviniendo lo establecido en la Ley n° 13 de Protección e Higiene del Trabajo y dejando a los profesionales que se forman sin los conocimientos mínimos indispensables de la materia en cuestión.¹²¹

Condiciones de Vida, de Trabajo y Salud-Enfermedad en la República Argentina.

A medida que se desarrollaba la revolución industrial tanto en Europa como en Estados Unidos de Norteamérica, se desarrollaba la lucha de la clase obrera por la reducción de la jornada laboral. Estas luchas obligaron a los estados a intervenir para reglamentar el trabajo y la jornada laboral. La primera conquista fue la reducción de las horas de trabajo de las mujeres y los niños. Paulatinamente la de los varones adultos, hasta lograr la jornada de ocho horas después de finalizada la Primera Guerra Mundial

¹²¹ IBARRA FERNÁNDEZ DE LA VEGA Enrique José, LINARES FERNÁNDEZ Tomasa María, MENÉNDEZ LLOVEZ José Julio, DEL CASTILLO MARTÍN Nino Pedro: op. cit.

(1918). Ya en 1593, Felipe II¹²² había limitado la jornada de trabajo a 8 horas.

Fue una lucha dura y penosa por los derechos obreros. Es conocido por todos que el 1º de Mayo de 1886, los trabajadores de la ciudad de Chicago que reclamaban por la jornada de ocho horas, fueron masacrados por la policía. Es por eso que cada 1º de Mayo se rememora a sus mártires.

El reconocimiento de la relación existente entre las condiciones de vida y de trabajo, y la salud-enfermedad, fue imponiéndose con el tiempo, más rápidamente en algunos países, más lentamente en otros como en el nuestro.

En la Argentina fue tardío y lento el reconocimiento de la relación salud-enfermedad con otros factores que no fueran los microbios.

Durante varias décadas estuvieron presentes condiciones políticas negativas y los estudiosos de la medicina social, en general pediatras, tisiólogos o psiquiatras, en la mayoría hombres progresistas o de izquierda, encontraron muy limitado, sino vedado, el campo de acción para el desarrollo de la medicina social y del trabajo. Sólo pudieron desarrollarse muy cortos períodos, en los que se respiraba algo de libertad.

¹²² **Felipe II de Austria o Habsburgo**, llamado “**el Prudente**” (1527-1598), fue rey de España desde el 15 de enero de 1556 hasta su muerte, de Nápoles y Sicilia desde 1554 y de Portugal y los Algarves (como **Felipe I**) desde 1580, realizando la tan ansiada unión dinástica que duró sesenta años. Fue asimismo rey de Inglaterra e Irlanda *jure uxoris*, por su matrimonio con María I, entre 1554 y 1558. Hijo y heredero de Carlos I de España e Isabel de Portugal, hermano de María de Austria y Juana de Austria, nieto por vía paterna de Juana I de Castilla y Felipe I de Castilla y de Manuel I de Portugal y María de Aragón por vía materna; murió el 13 de septiembre de 1598 a los 71 años de edad.

En la Argentina en 1879, apareció “*El Descamisado*”¹²³, periódico rojo escrito en “tinta color sangre”; en 1882 se funda la “*Internacional de Carpinteros, Ebanistas y anexos*”; en 1886 aparece el “*Vorwärts*” (hacia adelante), editado por los socialistas alemanes; en 1887 se funda “*La Fraternidad*”¹²⁴, de maquinistas y foguistas; en 1889, en París, un Congreso socialista obrero, en el que el Verein Vorwärts¹²⁵ está representado, constituye la Segunda Internacional y fija el 1º de Mayo de 1890 como primera fecha firme para reclamar en todos los países a la vez por la jornada de 8 horas. La lucha continuó y lentamente se fue implantando la jornada de ocho horas.

En 1895 los panaderos se lanzaron a una huelga por la abolición del trabajo nocturno, la que tuvo gran repercusión en todo el movimiento obrero y en el conjunto de la sociedad. Es de destacar una carta en el

¹²³ *El Descamisado* fue el primer periódico anarquista de la Argentina del cual se tenga constancia de su existencia. Fue fundado en 1879, en Buenos Aires. El primer número de *El Descamisado* salió a la calle el 6 de enero de 1879, en Buenos Aires, y llevaba como subtítulo la frase “Periódico rojo”. Su director era Pedro Sanarau. Utilizaba tinta de color rojo en sus tipos, y en el Número 2 del 13 de enero de 1879 explican la razón: “tinta color sangre, con lo que quisimos significar que el pueblo ha conquistado con la suya el derecho a la igualdad que se le niega”. Según la descripción del historiador Max Nettlau era de una ideología muy simple y elemental. En el periódico se declaraba que:

Cuando el pueblo, agotados los medios pacíficos de defensa, ha recurrido a la lucha armada, ha conquistado la victoria y ha demostrado a sus opresores que es imposible contenerle y dominarle (...) ¡Atrás lo eternos enemigos de la luz! ¡Rómpanse las tinieblas de la ignorancia y con plena conciencia del derecho conquistaremos el uso de todo lo que la naturaleza nos concede y de lo cual la sociedad no puede privarnos!

¹²⁴ **La Fraternidad** es un sindicato argentino que agrupa a los maquinistas (conductores) de locomotoras y trenes. Fue uno de los primeros sindicatos en crearse en la Argentina, habiéndose fundado el 20 de junio de 1887, en Buenos Aires, con el nombre de «*La Fraternidad*», *Sociedad de Ayuda Mutua entre Maquinistas y Fogoneros de Locomotoras*. Está afiliado a la Confederación General del Trabajo (CGT) y Federación Internacional del Transporte (ITF).

¹²⁵ El **Club Vorwärts** cuyo nombre original era *Verein Vorwärts*, que traducido del alemán equivale a *Unidos adelante*, fue un club socialista fundado en Argentina el 1 de enero de 1882 por un grupo de inmigrantes alemanes con la finalidad de difundir en el país las ideas del socialismo conforme al programa del Partido Socialdemócrata de Alemania (SPD), por entonces el más influyente y pujante del movimiento socialista internacional, y se constituyó en la primera agrupación socialista del país.

número 4 (01/11/1894) de “El Obrero Panadero”, donde se resume las razones que impulsaron durante tantos años a los obreros de este gremio, a una ardua lucha que lamentablemente no diera frutos. Bajo el título “*A los que no comprenden nuestros propósitos*”, Fernando Falco expresaba el reclamo de los panaderos, “*nuestra parte de sol que por la razón de ser hijos de la naturaleza nos pertenece. ... El trabajo nocturno, nos quita diez a quince años de vida... nos impide de corresponder a las caricias de nuestras esposas, de educar a nuestros hijos, de frecuentar los centros de instrucción. ...en nuestro gremio no hay instruidos como en los demás gremios que trabajan de día*”¹²⁶.

Las quejas de los panaderos sobre la injusticia de su situación y sobre los perjuicios que les ocasionaba el trabajo nocturno, aparecen ratificados en un informe médico de 1908, del Departamento Nacional del Trabajo: “*Los efectos se manifiestan claramente, y por eso los oficiales panaderos tienen por lo general un color pálido, debido a que efectúan el trabajo en locales alumbrados por luz artificial, y no experimentan, por lo tanto, los beneficios que reportan las propiedades estimulantes de la luz solar que activa las funciones del organismo*”¹²⁷.

El problema del trabajo nocturno también era y es sufrido en la actualidad, entre otros, por los obreros de la fundición, ya que resulta

¹²⁶ *El Obrero Panadero*, 1 de noviembre de 1894.

¹²⁷ *Boletín Departamento Nacional del Trabajo*, N° 4, marzo de 1908, p. 42.

imposible parar los hornos, a esto se le suman las elevadas temperaturas con las que deben desarrollar sus tareas.¹²⁸

En nuestro país recién el 31 de agosto de 1905 se sanciona la ley de descanso dominical (Ley 4.461); pero la conquista fue parcial ya que la ley no contemplaba el pago del día de descanso. En el Senado, la obligación de pagar al obrero el día que no trabajaba, fue calificada como un ataque al derecho de propiedad.

El primer proyecto de 8 horas de trabajo fue presentado a la Honorable Cámara de Diputados, en el año 1906, por Alfredo Palacios¹²⁹, proyecto de 12 artículos (nunca fue aprobado), y reproducido por su autor, en el año 1913 con los mismos fundamentos dados en 1906. Recién el 12 de septiembre de 1929, se sanciona la Ley 11.544, sobre la “Jornada Legal de Trabajo”, y es reglamentada por decreto (Nº 16.115) el 16 de enero de 1933.¹³⁰

¹²⁸ ROSSI Ariel: *Tratando de echar Luz sobre el Trabajo Nocturno*. La Causa Laboral. 2014; 13 (57): 37-40.

¹²⁹ Es Alfredo Lorenzo Palacios (1878-1965) primer legislador socialista quien se preocupara por legislar sobre la salud de los trabajadores de nuestro país. Así se expresaba en el Senado en 1961: “La salud del pueblo ha sido para mí, en todo momento, motivo constante de preocupación. Mis primeros proyectos, desde que me incorporé al quehacer legislativo, fueron inspirados por esa inquietud. Inicié mi labor con la reglamentación del trabajo de las mujeres y los niños... cuando volví a ocupar en el año 1932 una banca en el Senado, propicié proyectos de protección a la maternidad que dieron origen a las leyes 11.933 (creación de la Caja de Maternidad) y 12.341 (creación de la Dirección de Maternidad e Infancia), sancionada en 1936”. ROSSI Ariel: *La Integración del Trabajo, la Salud y el Derecho, de la mano de Alfredo L. Palacios*. La Causa Laboral. 2006; 6 (25): 12-13.

¹³⁰ Debemos recordar que 42 años antes el papa León XIII hacía referencia a la opresión de los patrones y la necesidad de descanso del obrero: “...si la clase patronal oprime a los obreros con cargas injustas o los veja imponiéndoles condiciones ofensivas para la persona y dignidad humanas; si daña la salud con trabajo excesivo, impropio del sexo o de la edad, en todos estos casos deberá intervenir de lleno, dentro de ciertos límites, el vigor y la autoridad de las leyes.

Así como Ramazzini es el principal referente a nivel mundial en Medicina del Trabajo, su equivalente en nuestro país es sin duda alguna el Dr. Juan Biale Massé¹³¹. Solo una personalidad tan destacada y una formación profesional tan completa como la que lo caracterizó pudieron haber sintetizado una obra maestra como lo fue, y lo es, el “Informe Biale Massé”, originalmente denominado “Informe sobre el Estado de las Clases Obreras en la Argentina”¹³².

En 1904, publica el “Informe sobre el Estado de las Clases Obreras en el interior de la República”, de acuerdo a la solicitud que le realiza Joaquín V. González desde el Ministerio del Interior, avalado por el Presidente Julio A. Roca:

... Por lo que respecta a la tutela de los bienes del cuerpo y externos, lo primero que se ha de hacer es librar a los pobres obreros de la crueldad de los ambiciosos, que abusan de las personas sin moderación, como si fueran cosas para su medro personal. O sea, que ni la justicia ni la humanidad toleran la exigencia de un rendimiento tal, que el espíritu se embote por el exceso de trabajo y al mismo tiempo el cuerpo se rinda a la fatiga. Como todo en la naturaleza del hombre, su eficiencia se halla circunscrita a determinados límites, más allá de los cuales no se puede pasar. Ciertamente que se agudiza con el ejercicio y la práctica, pero siempre a condición de que el trabajo se interrumpa de cuando en cuando y se dé lugar al descanso.

Se ha de mirar por ello que la jornada diaria no se prolongue más horas de las que permitan las fuerzas. Ahora bien: cuánto deba ser el intervalo dedicado al descanso, lo determinarán la clase de trabajo, las circunstancias de tiempo y lugar y la condición misma de los operarios. La dureza del trabajo de los que se ocupan ensacar piedras en las canteras o en minas de hierro, cobre y otras cosas de esta índole, ha de ser compensada con la brevedad de la duración, pues requiere mucho más esfuerzo que otros y es peligroso para la salud.

Hay que tener en cuenta igualmente las épocas del año, pues ocurre con frecuencia que un trabajo fácilmente soportable en una estación es insufrible en otra o no puede realizarse sino con grandes dificultades.

... Establézcase en general que se dé a los obreros todo el reposo necesario para que recuperen las energías consumidas en el trabajo, puesto que el descanso debe restaurar las fuerzas gastadas por el uso.”

Carta encíclica *Rerum novarum* del sumo pontífice León XIII sobre la situación de los obreros. 15 de mayo de 1891.

¹³¹ **Juan Biale Massé** (en catalán **Joan Biale i Massé**) (España 1846 - Argentina 1907): médico, abogado, empresario, constructor.

¹³² BIALET MASSÉ, Juan: *Informe sobre el estado de las clases obreras argentinas*. Ministerio de Trabajo de la Provincia de Buenos Aires. La Plata. 2010. Tomo I-II.

“Siendo necesario..., respecto a la legislación obrera que más conviene al país..., conocer las condiciones en que se verifica el trabajo en el interior de la República;.... Siendo además necesario conocer el estado de las industrias, las modificaciones que podrían sobrevenir en ellos por la implantación de las reformas que reclama el estado social actual y... conviene conocer con exactitud la situación de la clase trabajadora nativa en comparación con la extranjera... Teniendo en cuenta los estudios, práctica y competencia especial del Dr. Juan Biale Massé...”¹³³.

El Informe, basado en un relevamiento exhaustivo recorriendo las Provincias, significó no solo la publicación de los tres tomos que lo componen, sino fundamentalmente, las bases de la Legislación Laboral y citando a Luis A. Despontín¹³⁴, ser considerado el “Primer Profesor del Derecho del Trabajo y Precursor de Derecho Laboral en América” por su “Tratado sobre Responsabilidad Civil”, comentarios sobre responsabilidad empresaria y “Administración de Irrigación y Comentarios a las leyes Agrarias”.

Definiendo su posición sobre el proyecto del Ministro Joaquín V. González y de los socialistas Ugarte, Palacios y otros, sobre la propuesta

¹³³ BIALET MASSÉ, Juan: op. cit. Tomo I. p. 17.

¹³⁴ **Luis Alberto Despontín** (1897-1972): doctor en derecho, abogado laboralista. Junto a los doctores Mariano Tissembaum y Rodolfo Nápoli integró la comisión redactora del Anteproyecto de Código de Trabajo para la República Argentina, creada por decreto del Poder Ejecutivo Nacional N° 1872, del 9 de marzo de 1965. El anteproyecto que formularon avanzaba en técnica legislativa y proponía una unificación de la legislación laboral dispersa, pero no alcanzó a ser tratado en el Congreso Nacional debido al golpe de Estado de 1966 que depuso al gobierno constitucional.

ley nacional del trabajo publica “El Socialismo Argentino. El Espíritu de la Ley Nacional de Trabajo”.

La Medicina del Trabajo en Argentina.

Según un trabajo que publica la Prensa Médica hace muchos años, cita que hacia la década de 1920 comienzan a aparecer en nuestro país los primeros servicios de medicina del trabajo de la mano de algunas empresas privadas, concretamente en la zona norte del país, donde se instalaron algunas empresas que llevaban a sus médicos para atender al colectivo de los trabajadores y empleados en aquel momento.

En 1933 se funda la primera cátedra de Medicina del Trabajo en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires de la mano del Dr. Donato Boccia. Esta cátedra sería la primera en el país y en América del Sur.¹³⁵

En 1934 la Universidad de Buenos Aires comienza con la formación sistemática de la medicina del trabajo, probablemente no con el perfil que hoy deseáramos de la especialidad, pero en nuestro país, desde 1934 y muy cerca de esa fecha, las universidades de Rosario, de Córdoba y de Tucumán, también comenzaron a tener formación en medicina del trabajo.

¹³⁵ BOCCIA Donato: *Medicina del Trabajo; aspecto fisiobiotipológico y fisiopatológico, higiénico y médicosocial*. Hachette. Buenos Aires. 1952. p. 11.

Cerca de esa fecha se creó la Sociedad Argentina, de lo que por aquel entonces se llamó, Medicina del Trabajo y del Deporte, dado que se asemejaban mucho las cuestiones de la fisiología del trabajo y la fisiología del deporte, las sociedades trabajaron y funcionaron juntas.¹³⁶

Pocos meses después de la intervención a la Universidad de Buenos Aires, el 16 de julio de 1973 se creó en la Facultad de Medicina de dicha Universidad, el Instituto de Medicina del Trabajo (IMT). Se trató de un proyecto político sobre el campo de la salud, organizado y elaborado con propósitos renovadores respecto de la relación entre medicina y trabajo.¹³⁷-

138

En 1973 el Ministerio de Salud de la Nación comienza a llevar un Registro Nacional de Médicos del Trabajo, que al día de la fecha sigue vigente.

La particularidad del IMT fue su planteo sobre la participación activa de los trabajadores y sus organizaciones en el control de la salud, la higiene y la seguridad laboral. En esta dirección se promovieron tareas académicas en asociación con algunos gremios destinadas a la capacitación de los obreros, se elaboraron una serie de convenios de investigación para conocer

¹³⁶ NIETO Héctor Alberto: *La Especialización en Medicina del Trabajo en la República Argentina, formación y práctica*. Semana Argentina de la Salud y Seguridad en el Trabajo 2004. Superintendencia de Riesgos de Trabajo. Buenos Aires. 2005. pp. 51-59

¹³⁷ MARTIN Ana Laura, SPINELLI Hugo: *Para que el hombre vuelva a cantar mientras trabaja: El Instituto de Medicina del Trabajo y la salud de los trabajadores*. Salud Colectiva. 2011;7(2):177-197.

¹³⁸ TESTA Mario: *La Medicina del Trabajo en el gobierno nacional y popular*. Salud Colectiva. 2014;10(1):109-116.

las condiciones de trabajo en algunas industrias, y se estimuló la participación activa de los trabajadores a través de la formación de “comisiones de higiene” en cada fábrica o empresa.¹³⁹

El interés por el protagonismo de los trabajadores en el control de la higiene y la seguridad laboral se planteó en tensión permanente con el rol adjudicado a los médicos y a las ciencias de la salud en general. A través del lugar destinado a los obreros en el control de su salud, se puso en cuestión el criterio de medicina del trabajo vigente, el rol de los profesionales, de la universidad y de la ciencia en su conjunto. El proceso que impulsó la creación del IMT resultó, al mismo tiempo, un ensayo crítico acerca de las condiciones que los trabajadores argentinos atravesaban en materia de salario y condiciones de vida en general, y del escaso interés que los problemas de salud habían despertado entre las organizaciones gremiales. De este modo, a pesar de su corta existencia, la iniciativa impulsada desde la Facultad de Medicina logró plantear la cuestión de la seguridad y la salud en el trabajo como un tema que excedía a la disciplina médica, que la cuestionaba y a la que pretendía modificar significativamente.¹⁴⁰

Dos coyunturas críticas influyeron e hicieron factible el desarrollo del IMT. Por un lado, la singular situación política que Argentina

¹³⁹ MARTIN Ana Laura, SPINELLI Hugo: op. cit.

¹⁴⁰ MARTIN Ana Laura, SPINELLI Hugo: op. cit.

experimentaba y que había alcanzado las aulas universitarias entre otros territorios de producción de conocimiento; por otro lado, las condiciones que diversos sectores del movimiento obrero atravesaban y el estado de movilización que experimentaban. El IMT se ubicó como una articulación entre dos mundos habitualmente distantes y persiguió la modificación de la relación entre los procesos técnicos científicos y las demandas de los trabajadores.¹⁴¹

Un hito importante fue la reglamentación de la “ley 17.587 de Higiene y Seguridad en el Trabajo” en el año 1979. Debemos citar que en los años 1987 y 1990 se conformaron sendos encuentros nacionales de formadores de recursos humanos en medicina del trabajo e ingeniería del trabajo, como iniciativa de la Federación Argentina de Medicina del Trabajo y la Sociedad de Medicina del Trabajo de la Provincia de Buenos Aires, en concordancia con, en aquella época, la Dirección Nacional de Higiene y Seguridad en el Trabajo.¹⁴²

Será el Decreto 1338/96 el que determine la misión del Médico de Trabajo y obligue a que los Servicios de Medicina del Trabajo sean dirigidos por un “Médico Especialista en Medicina del Trabajo”.¹⁴³

¹⁴¹ MARTIN Ana Laura, SPINELLI Hugo: op. cit.

¹⁴² NIETO Héctor Alberto: op. cit.

¹⁴³ **Decreto 1338/96**

Art. 5º - Servicio de Medicina del Trabajo. El Servicio de Medicina del Trabajo tiene como misión fundamental promover y mantener el más alto nivel de salud de los trabajadores, debiendo ejecutar, entre otras, acciones de educación sanitaria, socorro, vacunación y estudios de ausentismo por morbilidad. Su función es esencialmente de carácter preventivo, sin perjuicio de la prestación de la asistencia inicial de

El Decreto 10 del año 2003, reglamentó el artículo 21 de la Ley de Ejercicio de la Medicina, que indica al Ministerio de Salud de qué forma debe definir en general el concepto de especialidades médicas y, en particular, la “Especialidad en Medicina del Trabajo”.

las enfermedades presentadas durante el trabajo y de las emergencias médicas ocurridas en el establecimiento, hasta tanto se encuentre en condiciones de hacerse cargo el servicio médico que corresponda.

Art. 6º - Los Servicios de Medicina del Trabajo deberán estar dirigidos por graduados universitarios especializados en Medicina del Trabajo con título de Médico del Trabajo.

VI. EL MÉDICO DEL TRABAJO

“Quod in inventute non discitur, in matura aetate nescitur”.¹

El Trabajo y la Salud.

Al llevar a cabo el trabajo se suscita una innumerable cantidad de riesgos representados por agentes físicos, químicos, mecánicos, infecciosos, etc. que pueden afectar, y lamentablemente la mayoría de las veces “afectan la salud del trabajador”.

A este impacto directo hay que sumarle las condiciones de vida (vivienda, deficiencias alimentarias, exceso de horas de trabajo,² trabajo nocturno,³ educación deficiente, mala o nula atención médica, etc.) que multiplican los riesgos laborales. Estas son las razones fundamentales que inciden en forma diferencial sobre individuos de distinta condición social.

¹ “Lo que no se aprende de joven se ignora de viejo”. **Casiodoro (Magnus Aurelius Cassiodorus Senator)**: político y escritor latino, fundador del monasterio de Vivarium, nació en Squillace hacia el 485 y murió hacia el 580.

² ROSSI Ariel: *Un Análisis Crítico de la Ley de Jornada Laboral y de su Decreto Reglamentario*. La Causa Laboral. 2007; 7 (30): 29-32.

³ ROSSI Ariel: *Tratando de echar Luz sobre el Trabajo Nocturno*. La Causa Laboral. 2014; 13 (57): 37-40.

Estas desigualdades se traducen en una desigualdad ante la muerte, la expectativa y calidad de vida, etc.

La Medicina del Trabajo.

La Medicina del Trabajo como especialidad debería (ya que casi nunca lo hace) prevenir, reducir a su mínima expresión y en lo posible hacer desaparecer los problemas que el desarrollo de su tarea le traen aparejado al obrero.

Todo esto es indicativo de que el médico debería desarrollar sus tareas en los lugares de trabajo, perspectivas contenidas en la definición de Medicina del Trabajo dada por la Reunión Conjunta de la O.I.T y la O.M.S en 1950:

“... es la disciplina que tiene por objeto promover y mantener el más alto nivel de bienestar sociopsicosomático de los trabajadores, en todas las profesiones; prevenir el daño causado a la salud de aquellos por las condiciones de su trabajo; protegerlo en su empleo contra los riesgos resultantes por la presencia de agentes perjudiciales a su salud; colocar y mantener al trabajador en un empleo conveniente a sus aptitudes psicológicas y fisiológicas. En suma, adaptar el trabajo al hombre y el hombre a su trabajo.”

La trascendencia e importancia que se le dé a la Medicina del Trabajo, es directamente proporcional a la importancia que se le asigne a la vida y la salud de los trabajadores.

El Médico del Trabajo no sólo debe evitar los accidentes, prevenir las enfermedades profesionales, etc., sino que se tiene que preocupar por mejorar la existencia del obrero fuera del sitio y las horas de trabajo y debe preocuparse empeñosamente por la vivienda, la alimentación, la vestimenta, la higiene; del tratamiento y hasta las distracciones y placeres del obrero y su familia, porque todo eso hace ineludiblemente a la salud. El malestar psicofísico y social del obrero es responsable de escasa y deficiente producción y causa directa de siniestralidad.⁴

Innumerables estadísticas demuestran que no hay mejor inversión que la realizada en la protección de la salud e integridad física del obrero. Cuesta mucho un accidente de trabajo; mucho más que las medidas de prevención y los honorarios médicos, conceptos estos sumamente difíciles de entender por los dueños de los medios de producción.

⁴ ROSSI Ariel: *De la Medicina del Trabajo*. La Causa Laboral. 2009; 9 (38): 27-28

Las Condiciones de Vida y de Trabajo.

Sin el mejoramiento de las condiciones de vida y de trabajo de la clase obrera toda profilaxis será precaria y de dudosa eficacia. Al respecto decía en la década de 1950 el Dr. Gregorio Aráoz Alfaro⁵: *“Mientras haya en el país hombres y mujeres extenuados y anémicos por un trabajo excesivo, mientras haya niños con hambre y con frío, mientras no aseguremos a todas las madres y los niños que nacen los cuidados de una asistencia esmerada y la educación física, intelectual y moral necesaria para que puedan bastarse a sí mismos y ser elementos útiles a la sociedad; mientras haya millares de hombres que ganan su pan con tanto dolor y millares que sientan el dolor, aun más agudo, de no poder ganarlo, o de ver que ellos, su mujer y sus hijos no pueden tener siquiera un mínimo de satisfacciones materiales, todas las otras preocupaciones que nos asedian y nos apasionan, no serán sino entretenimientos fútiles que nos desvían de la grande, de la fundamental preocupación del bien y de la felicidad generales”*.⁶

⁵ Gregorio Andrés Aráoz Alfaro (1870-1955).

⁶ ARÁOZ ALFARO G.: *Trascendencia Social de la Medicina del Trabajo*. Medicina del Deporte y del Trabajo. 1948; 13, Nº 65, 1592-1601.

A pasado más de medio siglo desde que el Dr. Gregorio Aráoz Alfaro expresara estos conceptos sin embargo la situación apenas se ha modificado.

*“La medicina es una ciencia social y la política no es más que medicina en una escala más amplia”.*⁷

El Médico del Trabajo y su Empleador.

La Recomendación 112 de la OIT dice: *“Los médicos del trabajo deberían gozar de independencia profesional y moral completa respecto del empleador y de los trabajadores”*. Es real que en nuestro país no siempre se cumple ya que en la práctica el médico tolera transgresiones legales por parte de las empresas que perjudican al trabajador, dada la facilidad con que puede ser removido de su cargo. Siempre hay un médico de pocos escrúpulos y moral elástica de reemplazo.

También así lo entendía el Dr. Rudolf Virchow (1821-1902), este concepto debería ser una constante en todos los médicos: *“El médico es el*

⁷ Rudolf Virchow en el primer artículo introductorio de “Die medizinische Reform” (La Reforma Médica), 1848. VIRCHOW Rudolf: *Sämtliche Werke*. Abt. I - Medizin Band 05: Die Medicinische Reform. Eine Wochenschrift erschienen vom 10. Juli 1848 bis zum 29. Juni 1949. Bearbeitet von Christian Andree. Hildesheim. 2010.

*abogado natural de los pobres. El médico tiene el deber de erigirse ante los que le pagan en defensor de los que no le pagan, a quienes tiene la obligación moral de preservar de todos los males”.*⁸

Ya hace años el Dr. Juan Martín Baztarrica decía: *“Son contadas las empresas que tienen programas planificados de Medicina del Trabajo; en la mayoría de los casos siguen siendo un apéndice de la Oficina de Personal, completamente desconectada del Departamento Técnico, del Servicio Social y de la Seguridad. En esta situación el médico se limita a la concurrencia al consultorio, sin visitar los lugares de trabajo y sólo dedica una o dos horas a atender procesos banales y ejercer el control policíaco del ausentismo, desvirtuando los objetivos de la especialidad”.*⁹

Ya han pasado cinco décadas de aquella denuncia, y aún hoy, escudados los empresarios en la ley 24.557 y las ART, la situación no ha cambiado.

En nuestro medio el control del ausentismo sigue siendo el interés primordial del médico de empresas a pesar de la Recomendación 112 de la OIT que señala la conveniencia de que no se deben limitar a esa actividad solamente.

Deficientemente cumplidas las tareas del Médico del Trabajo en las industrias, ausente por completo en las tareas del agro. Las deficientes

⁸ VIRCHOW Rudolf: op. cit.

⁹ BAZTARRICA Juan M.: *Posición del Médico del Trabajo en nuestro País*. Medicina del Trabajo. 1968, 34, Nº 308-311, pp. 131-134.

condiciones de vida, trabajo, educación, etc., de la mayor parte de los obreros del agro y sus familias implican aún más deficientes condiciones sanitarias. La ignorancia, mezquindad e indiferencia de muchos patrones de los trabajadores del campo son también causas de los problemas sanitarios de sus empleados. La negligencia e indiferencia del Estado, lo transforman en un culpable directo de estas falencias. Este nefasto panorama de los obreros del campo se agrava en forma indescriptible con los trabajadores golondrina, sumando a esto las pésimas condiciones de vida y de trabajo, siendo más vulnerables las mujeres y los niños.

El incumplimiento en forma sistemático de la Ley 19.587¹⁰ y la Resolución 38/96¹¹ (S.R.T) (ambas deficientes en muchos aspectos) son causas también de siniestralidad en todos los obreros.

Dijo Juan Biale Massé: *“No se curan las llagas ocultándolas o velándolas a la vista del cirujano, por un pudor mal entendido: es preciso, por el contrario, presentarlas en toda su desnudez, en su verdad, manifestando sus antecedentes con toda sinceridad, para aplicarles el remedio conveniente”*.¹²

¹⁰ Ley de Higiene y Seguridad en el Trabajo.

¹¹ Plan de mejoramiento, de medidas mínimas en materia de higiene y seguridad en el trabajo.

¹² BIALET MASSÉ Juan: *Informe sobre el estado de las clases obreras argentinas*. Ministerio de Trabajo de la Provincia de Buenos Aires. La Plata. 2010. Tomo I. p. 20.

Necesidad de Compromiso del Médico con los Trabajadores.

Es real la falta de compromiso de muchos médicos con los trabajadores y los desposeídos, es por eso que para lograr ese compromiso es imprescindible un cambio en la currícula de pregrado de la Carrera de Medicina donde se haga hincapié y se estudie profundamente la estructura social imperante, se den conceptos básicos de sociología y se dicte la materia Medicina del Trabajo.

*“La Medicina del Trabajo, aparte del fin de restablecer la salud del trabajador, trata de prohibirle las ocupaciones para las cuales no presente el biotipo necesario y aconseja modificaciones de carácter profiláctico capaces de tutelar su integridad, no sólo como individuos, sino también como célula de una colectividad social. Por lo tanto la Medicina del Trabajo, no es solamente curativa como la Medicina General, sino que es esencialmente preventiva, enaltecendo así el valor de la vida humana”.*¹³

La carrera de Especialista en Medicina del Trabajo también tiene serias falencias en su currícula respecto de los aspectos sociales y el compromiso que el médico debe tomar con los trabajadores, temas estos que deben ser estudiados y discutidos en profundidad. También los cursos y congresos de la especialidad adolecen de la discusión de estos temas

¹³ BOCCIA Donato: *Medicina del Trabajo; aspecto fisiobiotipológico y fisiopatológico, higiénico y médicosocial*. Hachette. Buenos Aires. 1952. p. 32.

donde es imperioso y necesario reinstalar la discusión de la función real que debe cumplir el Médico del Trabajo.

Pierre Mazel escribió sobre el espíritu y sentimiento que debe prevalecer y distinguir al Médico del Trabajo:

*“Debemos evitar, que de la fábrica, en la que la materia entra informe y de donde sale ennoblecida, la criatura humana, hecha de sangre y carne, de sensibilidad, inteligencia y alma, pueda salir disminuida y degradada.”*¹⁴

Y no podemos dejar de lado el vacío jurídico existente respecto de la protección del Médico del Trabajo frente a sus patrones, sólo interesados en disminuir sus costos de producción, siendo frecuente que los médicos comprometidos con la realidad sanitaria de los obreros sean removidos de su función sin mediar explicación alguna.

La responsabilidad del Médico del Trabajo.

El Médico del Trabajo debe acercarse al trabajador, entrar en su taller, doblagándose sobre su oficio y sus máquinas, ver donde, cuando, que

¹⁴ CISNAL GREDILLA José María: *La Medicina del Trabajo y la valoración de la capacidad laboral*. Revista de la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo. Junio 2015. Vol 24. Núm. 2. 54-91.

y como come, evaluar si el trabajo que realiza está de acuerdo con sus aptitudes, si es nocivo para su salud física y psíquica, etc.

Los exámenes médicos (Preocupacionales o de ingreso; Periódicos; Previos a una transferencia de actividad; Posteriores a una ausencia prolongada; Previos a la terminación de la relación laboral o de egreso) y la Historia Clínica prelaboral deben ser visados con sello y firma del Médico Especialista en Medicina del Trabajo; de esta manera se establece la relación contractual (Art. 966 CCCN)¹⁵.

El Médico del Trabajo tiene la responsabilidad de detectar las patologías previas y profesionales,¹⁶ siendo mucho más que un trámite administrativo, siendo responsable por este hecho pudiéndosele imputar el daño sobreviniente por dolo, culpa o negligencia, teniendo que resarcir el daño sobreviniente (Arts. 271, 272, 273, 274, 275, 278, 833, 1749, 1751 CCCN)¹⁷.

¹⁵ Artículo 966.- Contratos unilaterales y bilaterales. Los contratos son unilaterales cuando una de las partes se obliga hacia la otra sin que ésta quede obligada. Son bilaterales cuando las partes se obligan recíprocamente la una hacia la otra. Las normas de los contratos bilaterales se aplican supletoriamente a los contratos plurilaterales.

¹⁶ Resolución 37/2010 Superintendencia de Riesgos del trabajo.

¹⁷ Artículo 271.- Acción y omisión dolosa. Acción dolosa es toda aserción de lo falso o disimulación de lo verdadero, cualquier artificio, astucia o maquinación que se emplee para la celebración del acto. La omisión dolosa causa los mismos efectos que la acción dolosa, cuando el acto no se habría realizado sin la reticencia u ocultación.

Artículo 272.- Dolo esencial. El dolo es esencial y causa la nulidad del acto si es grave, es determinante de la voluntad, causa un daño importante y no ha habido dolo por ambas partes.

Artículo 273.- Dolo incidental. El dolo incidental no es determinante de la voluntad; en consecuencia, no afecta la validez del acto.

Artículo 274.- Sujetos. El autor del dolo esencial y del dolo incidental puede ser una de las partes del acto o un tercero.

También es responsable de realizar el seguimiento en caso de accidente laboral, enfermedad laboral o enfermedad inculpable; del tratamiento que realice ya sea a través de la ART o de su Obra Social y de que la aseguradora, cobertura social o sanidad pública le provea de la atención y/o elementos indispensables para reestablecer su salud o evitar agravamientos de la misma.

La tarea del Médico del Trabajo es fundamentalmente preventiva, razón por la cual debe cumplir y hacer cumplir todas las medidas tendientes a evitar las enfermedades laborales y los accidentes del trabajo. Es responsable de las patologías que sufra el trabajador como causa o en ocasión del trabajo sino cumplió o no hizo cumplir las normas existentes para prevenir las patologías laborales, no debe esconderse detrás de la ley 24.557 para no asumir su responsabilidad.¹⁸

Artículo 275.- Responsabilidad por los daños causados. El autor del dolo esencial o incidental debe reparar el daño causado. Responde solidariamente la parte que al tiempo de la celebración del acto tuvo conocimiento del dolo del tercero.

Artículo 278.- Responsabilidad por los daños causados. El autor debe reparar los daños. Responde solidariamente la parte que al tiempo de la celebración del acto tuvo conocimiento de la fuerza irresistible o de las amenazas del tercero.

Artículo 833.- Derecho a cobrar. El acreedor tiene derecho a requerir el pago a uno, a varios o a todos los codeudores, simultánea o sucesivamente.

Artículo 1749.- Sujetos responsables. Es responsable directo quien incumple una obligación u ocasiona un daño injustificado por acción u omisión.

Artículo 1751.- Pluralidad de responsables. Si varias personas participan en la producción del daño que tiene una causa única, se aplican las reglas de las obligaciones solidarias. Si la pluralidad deriva de causas distintas, se aplican las reglas de las obligaciones concurrentes.

¹⁸ ROSSI Ariel: *Responsabilidad del Médico del Trabajo*. La Causa Laboral. 2012; 12 (51): 6-8.

Los médicos del trabajo deben gozar de independencia profesional y moral completa respecto del empleador y de los trabajadores. El médico tiene el deber de erigirse ante los que le pagan en defensa de los que no le pagan, a quienes tiene la obligación moral de preservar de todos los males.

Muchas veces el médico se ve en la encrucijada de defender los intereses de sus pacientes en detrimento de los intereses de quién le paga, poniendo entonces en riesgo su puesto de trabajo, su carrera profesional o el bienestar y el confort que representa, en cualquier trabajo, ser una persona dócil, poco conflictiva y con un respeto infinito por las normas, sean cuales fueren, y de lo políticamente correcto.

Algunos médicos suelen tomar decisiones contrarias a los intereses del paciente y traicionar sus más íntimas convicciones. *“El médico debe recordar que la primera lealtad es la que debe a sus pacientes”*.

El médico, cualquiera que sea su posición o especialidad, debe ser antes médico que funcionario o empleado, y debe proteger a los pacientes de cualquier intento de abuso por parte de la administración o de los particulares. No se trata de que el médico se transforme en un gendarme o en un tutor de los pacientes, sino que tiene que adoptar la posición de garante que permita a los pacientes el máximo disfrute de sus derechos y evitar que sean atropellados por el poder del Estado o de los empresarios.

El Médico del Trabajo no solo tiene un compromiso legal con el trabajador (leyes y normas vigentes) sino que tiene una obligación ética,

emanada del Juramento Hipocrático¹⁹, del Código Internacional de Ética Médica²⁰, del Código de Ética de la Asociación Médica Argentina para el Equipo de Salud²¹ y del Código Internacional de Ética para los Profesionales de la Salud Ocupacional²² (adoptado por la Superintendencia de Riesgo del Trabajo por Resolución 693/2004).

Lamentablemente los empresarios no entienden la importancia de la medicina del trabajo, lo que les interesa es que la *noria* no pare, siga la producción a toda costa, las medidas preventivas generalmente no les interesa, y es ahí donde el Médico comprometido con su profesión debe dar la batalla.²³

¹⁹ “No permitiré que entre mi deber y mi enfermo vengan a interponerse consideraciones de religión, de nacionalidad, de raza, partido o clase.”

²⁰ *EL MEDICO NO DEBE permitir que motivos de ganancia influyan el ejercicio libre e independiente de su juicio profesional de sus pacientes.*
EL MEDICO DEBE, en todos los tipos de práctica médica, dedicarse a proporcionar un servicio médico competente, con plena independencia técnica y moral, con compasión y respeto por la dignidad humana.

²¹ Artículo 48.- *El equipo de Salud debe disponer de libertad en el ejercicio de la profesional y de las condiciones técnicas que le permitan actuar con independencia y garantía de calidad. Ninguna circunstancia que no se base en un estricto criterio científico podrá poner limitaciones al ejercicio de la libertad profesional.*

²² *PRINCIPIOS BASICOS*

3. Los profesionales de la salud ocupacional son expertos que deben gozar de plena independencia profesional en el ejercicio de sus funciones. Deben adquirir y mantener la competencia necesaria para ejercer sus obligaciones, y exigir las condiciones que les permitan llevar a cabo sus tareas, de acuerdo a las buenas prácticas y la ética profesional.

CONDICIONES PARA EL DESEMPEÑO DE LAS FUNCIONES DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD OCUPACIONAL

Independencia profesional

17. Los profesionales de la salud ocupacional deben procurar y mantener plena independencia profesional y observar las normas de confidencialidad en el ejercicio de sus funciones. Tampoco deben permitir, bajo ninguna circunstancia, que sus juicios y declaraciones se vean influenciados por conflictos de intereses, particularmente cuando asesoren a los empleadores, a los trabajadores o a sus representantes, sobre el abordaje de los riesgos y las situaciones que muestren evidencias de peligro para la salud y la seguridad.

²³ ROSSI Ariel: *Responsabilidad del Médico del Trabajo*. op.cit.

VII. EXÁMENES MÉDICO LABORALES

“Tandem efficaci manus scientiae”.¹

La OIT y los Exámenes Médicos Laborales.²

Los reconocimientos médicos no protegen a los trabajadores frente a los peligros para la salud ni sustituyen a las medidas de control adecuadas que tienen carácter prioritario en la jerarquía de acciones, pero pueden ayudar a detectar circunstancias que hagan a un trabajador más vulnerable a los efectos de agentes peligrosos o signos de deficiencias sanitarias causadas por dichos agentes. Los reconocimientos deben realizarse en paralelo con la investigación del medio ambiente de trabajo que proporciona información sobre exposición potencial en el lugar de trabajo y se emplea por los profesionales de la salud en el trabajo para evaluar los resultados obtenidos mediante la vigilancia sanitaria de los trabajadores expuestos.

¹ *¡Al fin encuentro una ciencia eficaz!* Horacio, Epod., XVII, 1.

² OIT: *Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo*. Madrid. 1998. Tomo I. pp. 16.7-16.8.

La vigilancia de la salud de los trabajadores puede ser pasiva y activa.³

En el caso de la vigilancia pasiva se pide a los trabajadores enfermos o afectados que consulten a los profesionales de la salud en el trabajo. Este tipo de vigilancia sólo suele detectar enfermedades sintomáticas y requiere que los profesionales sanitarios sean capaces de diferenciar los efectos de la exposición en el trabajo de otros efectos similares de exposiciones no profesionales.

En el caso de la vigilancia activa los profesionales de la salud en el trabajo seleccionan y examinan a los trabajadores que padecen alto riesgo de sufrir enfermedades o lesiones relacionadas con el trabajo. Puede llevarse a cabo de diversas formas, incluidos los reconocimientos médicos periódicos de todos los trabajadores, los de trabajadores expuestos a peligros específicos y la exploración selectiva y supervisión de grupos seleccionados de trabajadores. Las formas específicas de vigilancia sanitaria dependen en gran medida de los efectos potenciales sobre la salud de una determinada exposición profesional. La vigilancia activa es más apropiada para los trabajadores con un historial de múltiples exposiciones y para los que soportan mayores riesgos de enfermedad o lesión.

³ OIT: op. cit. p. 16.8.

Los detalles sobre la vigilancia de la salud se encuentran en el Convenio de la OIT N° 161⁴ y la Recomendación N° 171⁵ que especifican que la vigilancia debe incluir en los casos y condiciones establecidos por las autoridades competentes todas las evaluaciones necesarias para proteger la salud de los trabajadores, entre las que pueden encontrarse: la evaluación de la salud de los trabajadores antes de que se les asignen tareas específicas que puedan entrañar un peligro para su salud o para la de los demás; evaluaciones de la salud a intervalos periódicos durante todo trabajo que implique una exposición a riesgos particulares para la salud; una evaluación de la salud de los trabajadores que reanudan el trabajo tras una ausencia prolongada por motivos de salud, con la finalidad de descubrir sus eventuales orígenes profesionales, de recomendar una acción apropiada para proteger a los trabajadores y de adaptabilidad de los trabajadores a sus tareas y la necesidad de una recalificación y de una readaptación; evaluaciones de la salud al terminar asignaciones a puestos de trabajo que entrañen riesgos susceptibles de provocar perjuicios ulteriores para su salud o de contribuir a tales perjuicios.

La evaluación de la situación sanitaria de los trabajadores es de primordial importancia cuando se inicia la práctica de la salud en el trabajo, se contrata a nuevos trabajadores, se introducen nuevas prácticas de trabajo

⁴ Ver Anexo.

⁵ Ver Anexo.

o tecnologías, cuando se detectan exposiciones especiales y cuando determinados trabajadores tienen características sanitarias que hagan necesario un seguimiento. Varios países han adoptado reglamentaciones o directrices en las que se especifica cuándo y cómo deben realizarse los reconocimientos médicos. Los reconocimientos deben controlarse y desarrollarse continuamente para detectar efectos sanitarios relacionados con el trabajo en sus primeras fases de desarrollo.

Reconocimientos médicos previos a la asignación (previos al empleo).⁶⁻

⁷ ⁸

Este tipo de evaluación de la salud se realiza antes de la colocación de los trabajadores o de su asignación a una determinada tarea que pueda suponer un peligro para su salud o la de otras personas. El objetivo es determinar si la persona se ajusta física y psicológicamente al puesto laboral específico y asegurarse de que dicho trabajo no supondrá un peligro para su salud o la de otros trabajadores.⁹

⁶ OIT: op. cit. p. 16.8.

⁷ Resolución 37/2010 SRT.

⁸ ANDLAUER P., et al.: *El Ejercicio de la Medicina del Trabajo*. Editorial Científico-Médica. España. 1980. pp. 43-60.

⁹ Se trata de prohibir las ocupaciones para las cuales el postulante no presente el biotipo necesario y aconsejar las modificaciones de carácter profiláctico capaces de tutelar su integridad. BOCCIA Donato:

En la mayoría de los casos, la revisión del historial médico, el reconocimiento médico general y las pruebas habituales de laboratorio (análisis de sangre, orina, radiografía de tórax, etc.) serán suficientes, pero en algunos casos, la existencia de un problema sanitario o las especiales exigencias de un determinado puesto pueden exigir reconocimientos funcionales o pruebas diagnósticas específicas.

Hay varios problemas sanitarios que pueden hacer que un trabajo sea peligroso para el trabajador o para otros trabajadores o terceras personas. Por estos motivos, puede resultar necesario, por ejemplo, excluir a trabajadores con hipertensión incontrolada o diabetes inestable de ciertos trabajos peligrosos (tales como los de piloto aéreo o marítimo, conductor de vehículos de servicio público o de grandes transportes, operador de grúas, etc.). El daltonismo puede justificar la exclusión de trabajos que requieran discernir los colores por razones de seguridad (por ejemplo, en las señales de tráfico).

Para los trabajos que requieran un alto nivel de forma física general, tales como el buceo en profundidad, los servicios de bomberos y de policía o el pilotaje de aviones, sólo serán aceptables los trabajadores que cumplan los requisitos de rendimiento.

La posibilidad de que las enfermedades crónicas se vean agravadas por las exposiciones inherentes a un determinado trabajo debe tenerse

Medicina del Trabajo; aspecto fisiobiotipológico y fisiopatológico, higiénico y médicosocial. Hachette. Buenos Aires. 1952. p. 32.

también en cuenta. Es esencial, por tanto, que quien practica el reconocimiento conozca a fondo el puesto y el medio ambiente de trabajo y sea consciente de que las descripciones estandarizadas de los puestos de trabajo pueden ser excesivamente superficiales e incluso equívocas.

Una vez terminada la evaluación de la salud prescrita, el médico del trabajo debe comunicar los resultados por escrito tanto al trabajador como a la empresa.

Las conclusiones transmitidas a la empresa no deben contener información alguna de carácter médico, sino una conclusión relativa a la adecuación de la persona reconocida para el puesto actual o propuesto.

El reconocimiento médico previo al empleo es importante para el historial profesional posterior del trabajador ya que proporciona la información clínica y los datos de laboratorio necesarios sobre su situación sanitaria en el momento de ocupar su puesto. También supone un punto de partida indispensable para posteriores evaluaciones de cualquier cambio potencial en su situación sanitaria.

Reconocimientos médicos periódicos.^{10 - 11 - 12}

Se realizan a intervalos periódicos durante los empleos que supongan una exposición a peligros potenciales que no puedan eliminarse completamente mediante acciones de control preventivo.

El objetivo es controlar la salud del trabajador durante su empleo, verificando su ajuste al puesto y detectando tan pronto como sea posible cualquier síntoma de falta de salud que pueda deberse al trabajo. Suelen complementarse con otros reconocimientos según el tipo de peligros detectados.

Entre sus objetivos están:

- 1) Detectar lo antes posible cualquier efecto adverso para la salud causado por prácticas de trabajo o exposición a peligros potenciales;
- 2) Detectar la posible aparición de una enfermedad profesional;
- 3) Verificar si la salud de un trabajador especialmente vulnerable o enfermo crónico se está viendo adversamente afectada por el trabajo o el medio ambiente de trabajo;
- 4) Controlar la exposición personal con la ayuda de controles biológicos;
- 5) Comprobar la eficacia de las medidas preventivas y de control;

¹⁰ OIT: op. cit. pp. 16.8-16.9.

¹¹ ANDLAUER P., et al.: op. cit. pp. 61-66.

¹² Resolución 37/2010 SRT.

- 6) Identificar posibles efectos sanitarios de los cambios en las prácticas de trabajo, las tecnologías o las sustancias utilizadas en la empresa.

Estos objetivos determinarán la frecuencia, contenidos y métodos de los reconocimientos médicos periódicos que podrán llegar a realizarse con una frecuencia de uno o tres meses, o bien cada ciertos años, dependiendo de la naturaleza de la exposición, la reacción biológica esperada, las oportunidades de adoptar medidas preventivas y la viabilidad del método de reconocimiento.

Pueden ser globales o limitarse a unas pocas pruebas. En varios países existen directrices especiales sobre los objetivos, frecuencia, contenidos y metodología para la realización de estos reconocimientos.

Reconocimientos médicos en la reincorporación al trabajo.¹³⁻¹⁴

Este tipo de evaluación de la salud es necesaria para autorizar la reanudación del trabajo tras una larga ausencia por motivos de salud y determina la adecuación del trabajador para el puesto, recomendando

¹³ OIT: op. cit. p. 16.9.

¹⁴ Resolución 37/2010 SRT.

acciones apropiadas para protegerle de futuras exposiciones e identificando si existe alguna necesidad de reclasificación o de readaptación.

De modo similar, cuando un trabajador cambia de puesto, el médico del trabajo debe certificar que se adecua a las nuevas tareas. El objetivo del reconocimiento, su necesidad y el destino de los resultados determinarán su contenido y sus métodos y contexto de realización.

Reconocimientos médicos por cambio de tareas.¹⁵⁻¹⁶

Este tipo de evaluación de la salud se realiza por cambio de tareas laborales para determinar qué tipo o características de trabajo puede desarrollar el individuo evaluado.

Reconocimientos médicos al término del servicio.¹⁷⁻¹⁸

Este tipo de evaluación de la salud se realiza a la terminación de una asignación que suponga peligros que puedan causar o contribuir a la

¹⁵ ANDLAUER P., et al.: op. cit. pp. 92-95.

¹⁶ Resolución 37/2010 SRT.

¹⁷ OIT: op. cit. p. 16.9.

¹⁸ Resolución 37/2010 SRT.

aparición de perjuicios para la salud. El objetivo es realizar una evaluación final de la salud del trabajador, compararla con los reconocimientos médicos previos y evaluar cómo han afectado a la salud las asignaciones de puestos anteriores.

Reconocimientos médicos generales.¹⁹

En muchas empresas los reconocimientos médicos generales corren a cargo del servicio de salud en el trabajo. Suelen ser voluntarios y están a disposición de todo el personal o sólo de ciertos grupos caracterizados por la edad, la duración del empleo, el nivel jerárquico, etc. Pueden ser exhaustivos o estar limitados a la exploración selectiva de ciertas enfermedades o peligros para la salud. Sus objetivos determinan su frecuencia, contenidos y métodos empleados.

¹⁹ OIT: op. cit. p. 16.9.

Observaciones generales.²⁰

Las observaciones generales resumidas a continuación se deben aplicar a todos los tipos de reconocimientos médicos.

Los reconocimientos médicos de los trabajadores deben realizarse por profesionales cualificados formados en salud en el trabajo, familiarizados con las exposiciones, las exigencias físicas y demás condiciones de trabajo en la empresa y con experiencia en el uso de técnicas e instrumentos de reconocimiento médico adecuados, así como en la gestión de impresos de registro apropiados.

El reconocimiento médico no es un sustitutivo de las acciones de prevención o control de exposiciones peligrosas en el medio ambiente laboral. Si la prevención tiene éxito, se necesitarán pocos reconocimientos.

Todos los datos reunidos con respecto a los reconocimientos médicos son confidenciales, y deben quedar registrados por el servicio de salud en el trabajo en archivos confidenciales de salud. Los datos personales relativos a la evaluación de la salud sólo pueden comunicarse a otras personas con el consentimiento consciente del trabajador afectado. Si éste desea que los datos se remitan a un médico particular, debe prestar un consentimiento formal.²¹ _22_23_24_25_26_27_28_29_30

²⁰ OIT: op. cit. p. 16.9.

²¹ Juramento Hipocrático.

Las conclusiones relativas a la adecuación del trabajador a un determinado puesto o a los efectos sobre la salud de dicho puesto deben comunicarse a la empresa de forma que no se infrinja el principio de confidencialidad de los datos sanitarios personales como ya expusimos.

²² *Declaración de Ginebra*. Adoptada por la 2ª Asamblea General de la AMM, Ginebra, Suiza, septiembre 1948 y enmendada por la 22ª Asamblea Médica Mundial, Sydney, Australia, agosto 1986 y la 35ª Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre 1983 y la 46ª Asamblea General de la AMM, Estocolmo, Suecia, septiembre 1994.

²³ *Código Internacional de Ética Médica*. Adoptado por la 3ª Asamblea General de la AMM, Londres, Inglaterra, octubre 1949 y enmendado por la 22ª Asamblea Médica Mundial, Sydney, Australia, agosto 1968 y la 35ª Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre 1983.

²⁴ *Código de Ética de la Asociación Médica Argentina para el Equipo de Salud*. Buenos Aires. 2011.

²⁵ *Código Internacional de Ética para los Profesionales de la Salud Ocupacional*. Comisión Internacional de Salud Ocupacional / International Commission on Occupational Health. 2002.

²⁶ **Ley 26.529. Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud.**

²⁷ **Código Penal. Art. 156** — Será reprimido con multa de pesos mil quinientos a pesos noventa mil e inhabilitación especial, en su caso, por seis meses a tres años, el que teniendo noticia, por razón de su estado, oficio, empleo, profesión o arte, de un secreto cuya divulgación pueda causar daño, lo revelare sin justa causa.

²⁸ Esta información debe contener las especificaciones del tipo de trabajos y condiciones de trabajo médicamente contraindicadas para esa persona.

²⁹ **Resolución 905/15. Superintendencia de Riesgos del Trabajo.**

ANEXO III

FUNCIONES DEL SERVICIO DE MEDICINA DEL TRABAJO

15. Implementar y mantener actualizado un Legajo de Salud de cada uno de los trabajadores que deberá incluir la historia clínica, los exámenes médicos en salud, las acciones mencionadas en los incisos 5.1., 5.2., 5.3. y 5.4. del punto 5 y toda otra información médica relacionada con la salud del trabajador. Este Legajo, que es personal y confidencial de cada trabajador, debe ser conservado por el Servicio de Medicina del Trabajo y oportunamente adaptarse al modelo que estipule la S.R.T.

³⁰ El informe de aptitud deberá cumplir el criterio de confidencialidad. En este sentido, el Médico del Trabajo determinará la Aptitud psicofísica (“apto sin restricciones” o “apto con restricciones/limitaciones”) de cada trabajador para su puesto específico de trabajo (*objetivo pericial*), para detectar precozmente situaciones de riesgo de aparición o empeoramiento de lesiones (*objetivo preventivo*) y poder garantizar la salud del trabajador, recomendando la adaptación de las condiciones de trabajo, o el cambio de puesto de trabajo, cuando no sea posible dicha adaptación. *Guía Práctica de Salud Laboral para la Valoración de Aptitud en trabajadores con riesgo de exposición a carga física*. Escuela Nacional de Medicina del Trabajo. Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Economía y Competitividad. Madrid. 2015. p. 51.

El uso de los reconocimientos médicos y sus resultados para cualquier tipo de discriminación contra los trabajadores no puede tolerarse y debe quedar estrictamente prohibido.

Iniciativas sobre medidas preventivas y de control.³¹

Los servicios de salud en el trabajo no sólo son responsables de la detección y evaluación de riesgos potenciales para la salud de los trabajadores, sino también de la prestación de asesoramiento sobre medidas preventivas y de control que ayudan a evitarlos.

Tras analizar los resultados de la vigilancia del medio ambiente de trabajo, incluido, en caso de ser necesario, el control de la exposición personal de los trabajadores y los resultados de la vigilancia de la salud de los trabajadores, incluidos, también, en caso necesario, los resultados del control biológico, los servicios de salud en el trabajo deben estar en condiciones de evaluar posibles conexiones entre la exposición a los peligros profesionales y los perjuicios para la salud resultantes y de proponer medidas adecuadas de control para la protección de ésta. Tales medidas se recomiendan conjuntamente con otros servicios técnicos de la

³¹ OIT: op. cit. p. 16.9.

empresa tras consultar a la dirección, la empresa, los trabajadores y sus representantes.

Las medidas de control han de ser apropiadas para prevenir exposiciones innecesarias durante las condiciones normales de funcionamiento y durante los accidentes y emergencias. Deben tenerse también en cuenta las modificaciones de los procesos de trabajo planeadas, y las recomendaciones han de ser adaptables a las necesidades futuras.

Las medidas de control de los peligros para la salud se emplean para eliminar la exposición en el trabajo, minimizarla o, en todo caso, reducirla a límites permisibles. Incluyen en primer lugar la tecnología, los controles técnicos en el medio ambiente de trabajo, los cambios en las tecnologías, sustancias y materiales y, como medidas preventivas secundarias, los controles del comportamiento humano, los equipos de protección personal, el control integrado y otros.

La formulación de recomendaciones sobre medidas de control es un proceso complicado que incluye el análisis de la información relativa a los riesgos sanitarios actuales en la empresa y la toma en consideración de las necesidades y exigencias de seguridad y salud en el trabajo. Para los análisis de viabilidad y de costos/beneficios debe tenerse en cuenta que las inversiones realizadas en materia de seguridad y salud pueden dar frutos durante largos períodos en el futuro, pero no necesariamente de forma inmediata.

¿Tiene alguna utilidad el examen médico prelaboral?

Muchas veces nos preguntamos ¿para qué sirven los “Exámenes Médicos de Ingreso”?

Algunos opinan que no tiene ninguna utilidad. Otros más audaces afirman que en realidad se realizan con el único objeto de proteger al Empleador.³²

La realidad es muy distinta si se aplican correctamente los fundamentos de la Ley 24.557 (Ley de Riesgos del Trabajo)³³ y la vieja Ley 19.587 (Ley de Higiene y Seguridad en el Trabajo)³⁴. Desde la puesta en marcha de la obligatoriedad de la realización de un examen médico de

³² **Ley 24.557**

Art. 6°, Inc. 3. Están excluidos de esta ley: b) Las incapacidades del trabajador preexistentes a la iniciación de la relación laboral y acreditadas en el examen preocupacional efectuado según las pautas establecidas por la autoridad de aplicación.

³³ **Superintendencia de Riesgos del Trabajo, Resolución 37/2010.** Que uno de los principales objetivos de la Ley N° 24.557 sobre Riesgos del Trabajo, es la prevención de accidentes laborales y enfermedades profesionales.

Que en ese sentido, la Ley N° 24.557 adopta herramientas para hacer posible su cumplimiento, previéndose —entre ellas— la de vigilar permanentemente las condiciones y medio ambiente de trabajo, como asimismo la de monitorear el estado de salud de los trabajadores, a través de la realización de exámenes médicos.

³⁴ **Decreto 1338/96**

Art. 3° — Servicios de Medicina y de Higiene y Seguridad en el Trabajo. A los efectos del cumplimiento del artículo 5° apartado a) de la Ley N° 19.587, los establecimientos deberán contar, con carácter interno o externo según la voluntad del empleador, con Servicios de Medicina del Trabajo y de Higiene y Seguridad en el Trabajo, los que tendrán como objetivo fundamental prevenir, en sus respectivas áreas, todo daño que pudiera causarse a la vida y a la salud de los trabajadores por las condiciones de su trabajo, creando las condiciones para que la salud y la seguridad sean una responsabilidad del conjunto de la organización. Dichos servicios estarán bajo la responsabilidad de graduados universitarios, de acuerdo al detalle que se fija en los artículos 6° y 11 del presente.

Art. 5° — Servicio de Medicina del Trabajo. El Servicio de Medicina del Trabajo tiene como misión fundamental promover y mantener el más alto nivel de salud de los trabajadores, debiendo ejecutar, entre otras, acciones de educación sanitaria, socorro, vacunación y estudios de ausentismo por morbilidad. Su función es esencialmente de carácter preventivo, sin perjuicio de la prestación de la asistencia inicial de las enfermedades presentadas durante el trabajo y de las emergencias médicas ocurridas en el establecimiento, hasta tanto se encuentre en condiciones de hacerse cargo el servicio médico que corresponda.

ingreso o preocupacional muchas son las conclusiones a las que se han arribado.

De acuerdo al espíritu de las leyes, los exámenes médicos a los trabajadores no tienen como objeto la discriminación, sino para constatar la aptitud física del mismo para el puesto propuesto, sirviendo además para detectar incapacidades y enfermedades preexistentes a la relación laboral.³⁵

Por lo pronto, creemos que hay reales beneficios médicos preventivos, legales y económicos, tanto para el trabajador, como para el empleador.

Así como el contador de una empresa debe conocer la actividad económica de la misma, los activos y pasivos para saber dentro que parámetros moverse, en el caso de la Medicina del Trabajo pasa algo parecido en relación con los potenciales riesgos con que se trabaja en una Empresa determinada. El Médico del Trabajo debe tener información precisa sobre la actividad que desarrolla la empresa, mapa de riesgos,

³⁵ **Resolución 37/2010. Superintendencia de Riesgos del Trabajo.**

Art. 2° - Exámenes preocupacionales: objetivos, obligatoriedad, oportunidad de su realización, contenidos y responsables.

1. Los exámenes preocupacionales o de ingreso tienen como propósito determinar la aptitud del postulante conforme sus condiciones psicofísicas para el desempeño de las actividades que se le requerirán. En ningún caso pueden ser utilizados como elemento discriminatorio para el empleo. Servirán, asimismo, para detectar las patologías preexistentes y, en su caso, para evaluar la adecuación del postulante (en función de sus características y antecedentes individuales) para aquellos trabajos en los que estuvieren eventualmente presentes los agentes de riesgo determinados por el Decreto N° 658 de fecha 24 de junio de 1996.

Queda excluida de los exámenes preocupacionales la realización de reacciones serológicas para la detección de la enfermedad de Chagas-Mazza, conforme a lo establecido en el artículo 5° de la Ley N° 26.281.

2. La realización de los exámenes preocupacionales es obligatoria, debiendo efectuarse de manera previa al inicio de la relación laboral. La realización del examen preocupacional es responsabilidad del empleador, sin perjuicio de que el empleador pueda convenir con su Aseguradora de Riesgos del Trabajo (A.R.T.) la realización del mismo.

exigencias y necesidades de los puestos de trabajo, rotación de personal en estos puestos, accidentabilidad y siniestralidad por accidentes de trabajo o enfermedades profesionales y conocimiento de patologías predisponentes a estas, según los reportes históricos, llevados en los legajos de cada empleado por la Empresa.

Es necesario tener en cuenta las exigencias del empleador y definir claramente con éste cuáles son las actividades de adaptación que la empresa es capaz de adelantar, y que les permita un margen razonable de eficiencia, que considere gastos, resultados, eficacia y que no sacrifique calidad de los elementos fabricados, ni sus procesos y menos aún la salud de sus empleados. También es indispensable, bajo estos mismos parámetros, definir el tipo y la cantidad de evaluaciones de laboratorio que se solicitarán a cada individuo que figuran en la Resolución 37/10 SRT.³⁶, según el puesto de trabajo que ocupará³⁷.

El examen médico preocupacional debe aportar a las necesidades de salud del trabajador y a las de la empresa facilitando la simbiosis empresa - trabajador, generando confianza entre dos personas que van a realizar actividades en busca de beneficios mutuos. Debe enriquecerse con procesos

³⁶ Ver más abajo.

³⁷ **Resolución 905/2015. Superintendencia de Riesgos del Trabajo.**

ANEXO III.

FUNCIONES DEL SERVICIO DE MEDICINA DEL TRABAJO

4. Elaborar un procedimiento para determinar los requerimientos de los exámenes médicos preocupacionales en función del puesto de trabajo que ocupará cada uno de los trabajadores en el establecimiento.

terapéuticos cuando haga falta que disminuyan el ausentismo a corto, medio o largo plazo y debe alimentar bases de datos que permitan el enriquecimiento científico con el fin de diagnosticar con más precisión la enfermedad profesional y definir las enfermedades relacionadas y agravadas con el trabajo, problema éste que a veces es poco claro.

Las condiciones de salud de la fuerza laboral de cada país tienen un impacto económico inmediato y directo sobre la economía nacional y mundial. Las pérdidas económicas totales causadas por enfermedades y lesiones ocupacionales son cuantiosas. Esas pérdidas representan una pesada carga para el desarrollo económico.

Las normas que regulan los exámenes ocupacionales deben perseguir metas preestablecidas, relacionadas claramente con los riesgos a los cuales está o estará expuesto el trabajador, la detección temprana de secuelas y la investigación de sus causas. Se debe tener en cuenta para estos exámenes toda la información que se ha recopilado en esa área laboral y en otras similares, alrededor de los eventos, causas, secuelas, factores predisponentes, medidas de prevención, exámenes periódicos, etcétera, para poder exponer resultados que permitan en última instancia llegar al objetivo de disminuir los eventos nocivos y el ausentismo relacionado.

Resolución 37/2010. Superintendencia de Riesgos del Trabajo.

Listado de los exámenes y análisis complementarios generales:

I. Examen físico completo, que abarque todos los aparatos y sistemas, incluyendo agudeza visual cercana y lejana.

II. Radiografía panorámica de tórax.

III. Electrocardiograma.

IV. Exámenes de laboratorio:

A. Hemograma completo.

B. Eritrosedimentación.

C. Uremia.

D. Glucemia.

E. Orina completa.

V. Estudios neurológicos y psicológicos cuando las actividades a desarrollar por el postulante puedan significar riesgos para sí, terceros o instalaciones (por ejemplo conductores de automotores, grúas, autoelevadores, trabajos en altura, etcétera).

VI. Declaración jurada del postulante o trabajador respecto a las patologías de su conocimiento.

Calificación posterior al examen médico laboral.

Después de la realización de un “examen médico de ingreso”, el Médico del Trabajo debe llegar a una conclusión, haciendo una comparación exhaustiva del estado de salud del individuo con los requerimientos de la empresa para el puesto solicitado. Con leves diferencias conceptuales en cada Servicio de Medicina del Trabajo, se llega a concluir afirmando que el postulante es:³⁸

Tipo A: Apto. *Con los estudios realizados, el postulante no presenta, en el momento del examen, signos o síntomas que merezcan mención ni impidan el desempeño de las tareas requeridas para la posición.*

Apto para la tarea propuesta.³⁹ Quiere decir que es un paciente sano con capacidad laboral considerada normal.

Tipo B: Apto. *Con los estudios realizados, el postulante presenta, en el momento del examen, signos o síntomas corregibles o transitorios que no impiden el desempeño de las tareas requeridas para la posición.*

³⁸ Esta es la clasificación que nosotros usamos para nuestro trabajo.

³⁹ “La aptitud es la disposición para hacer, la capacidad para alguna cosa. Su determinación es un problema en forma de díptico. Supone conocer simultáneamente, por una parte el medio y el puesto de trabajo, y por la otra, al obrero propuesto, al hombre”. ANDLAUER P.; et al.: *El Ejercicio de la Medicina del Trabajo*. Editorial Científico-Médica. España. 1980. p. 43.

Son aquellos pacientes que a pesar de tener algunas patologías pueden desarrollar la labor normalmente teniendo ciertas precauciones, para que ellas no disminuyan el rendimiento ni tampoco afecten su salud.

Tipo C: Apto. *Con los estudios realizados, el postulante presenta, en el momento del examen, signos o síntomas no corregibles que no impiden el desempeño de las tareas requeridas para la posición. Para realizar un cambio de posición deberá hacer una consulta médico laboral previa.*

Son pacientes que tienen algún tipo de lesiones orgánicas que con el desempeño de la labor pueden verse incrementadas (por ejemplo, várices, disminución de agudeza visual, etc.) y deben ser cobijados con programas de vigilancia epidemiológica específicos, deben tener controles periódicos de su estado de salud y se debe dejar constancia de su patología al ingreso.

Tipo D: Temporalmente no apto. *Con los estudios realizados, el postulante presenta, en el momento del examen, signos o síntomas que requieren un tratamiento inmediato e impiden el desempeño de las tareas requeridas para la posición. Luego de la realización del tratamiento el postulante deberá ser reevaluado.*

Son pacientes que por patologías, lesiones o secuelas de enfermedades o accidentes tienen limitaciones orgánicas que les hacen

difícil la labor normal en las circunstancias en que está planteada dentro de la empresa, que por sus condiciones físicas y/o psíquicas, no le permitirían el desarrollo normal de las labores. En estos casos es indispensable emitir un concepto claro y fundamentado que defina las causas por las cuales hay limitaciones.

Tipo E: No se aconseja incorporación. *Con los estudios realizados, el postulante presenta, en el momento del examen, signos o síntomas que no son compatibles con el desempeño de las tareas requeridas para la posición.*

Son pacientes que por patologías, lesiones o secuelas de enfermedades o accidentes tienen limitaciones orgánicas (físicas y/o psíquicas) que les hacen imposible la labor en las circunstancias en que está planteada dentro de la empresa. En estos casos es indispensable emitir un concepto claro y fundamentado que defina las causas por las cuales no hay aptitud.

Por último es bueno recordar que se hace evidente la necesidad de desarrollar confianza entre el Médico del Trabajo y el trabajador, tarea que generalmente toma más tiempo que el estimado para una consulta, pero que de lograrse permite la detección y el manejo de los riesgos y el control de

muchas enfermedades comunes que generan altos índices de ausentismo y agravamiento de las posibles patologías del postulante.

Beneficios de los exámenes médico laborales.

1) Beneficios generales.

Además de los beneficios clásicos que podemos enumerar diciendo que quién realiza los exámenes de ingreso puede realizar una sana relación entre empleado y empleador, partiendo de un mejor conocimiento mutuo, que habrá disminución de costos a mediano y largo plazo, y se tendrá mas conocimientos para realizar una buena toma de decisiones, podemos decir que concretamente hay beneficios preventivos, legales y económicos.⁴⁰

2) Beneficios preventivos.

Es conveniente aclarar que los exámenes de salud que se realizan normalmente en un Examen de Ingreso son todos para conocer el estado de salud del individuo y relacionarlas con las tareas que va a realizar en la

⁴⁰ El Médico del Trabajo, mediante el Examen de Salud deberá determinar que el trabajador no presenta ni factores de riesgo personales (obesidad y mala forma física, lesiones por sobreesfuerzo físico deportivo, alteraciones del raquis anatómicas o secundarias a la edad y/o procesos degenerativos, etc.), ni patologías (osteomioarticulares o patologías no osteomioarticulares pero incapacitantes para esfuerzos físicos) que lleguen a ser limitantes para realizar la totalidad de sus tareas. *Guía Práctica de Salud Laboral para la Valoración de Aptitud en trabajadores con riesgo de exposición a carga física*. Escuela Nacional de Medicina del Trabajo. Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Economía y Competitividad. Madrid. 2015. p. 51.

empresa. Vale decir que si en un empleado encontramos que tiene hipertensión arterial, y él lo desconoce, las sanas prácticas de prevención nos indican que debemos avisarle al individuo de su padecimiento para que se haga atender como corresponde, pero, a su vez, indicarle a la Empresa que no es conveniente que trabaje en altura o manejando vehículos de gran porte o realizando grandes esfuerzos.

También en el caso de que encontremos que padece diabetes insulino dependiente, y se postula para una empresa constructora como albañil, no será conveniente que trabaje tampoco en altura o manejando un vehículo por el peligro de una descompensación que origine peligros para sí o para terceros, pero sí lo puede realizar a nivel del suelo, en tareas menos peligrosas.

En el caso de que encontremos que padece algunos problemas de columna o hernias inguinales también se contraindicarán las tareas de esfuerzo. Eso es el fin primordial del Examen Médico de Ingreso: constatar que el postulante esté debidamente sano o con mínimas alteraciones de la salud y que las tareas a realizar no lo afecten.

Todo esto es fácil de entender desde el punto de vista del empleado, si se lo revisa, se lo controla y se lo aconseja con respecto a su salud, aunque sea obligatorio por ley (a veces, hay quienes creen que es antipático realizarlos), es conveniente para él.

De parte del Empleador es conveniente también porque puede conocer el estado de salud del individuo que incorpora a área laboral determinada a fin de no agravar alguna patología que ya padezca con las consecuencias que ello puede aparejar.

3) Beneficios legales.

A través de los años el concepto de evaluación médica de ingreso para los trabajadores ha variado relativamente poco en el marco legal. Desde hace mucho tiempo se tiene institucionalizado el concepto de “exámenes médicos de ingreso”, los que deben ser relacionados con el cargo que va a desempeñar el futuro trabajador y las exigencias establecidas en la Salud Ocupacional de acuerdo a sus necesidades y resultados.

A la luz de lo anterior y de la medicina misma, es innegable que las evaluaciones son actos médicos y, como tales, deben y tienen la obligación de cumplir con los requisitos que la ley esboza a su alrededor: la confidencialidad, el decoro, la prudencia, la integridad científica y todos los parámetros que dicta la ley.

La ley dice que es obligación del Empleador su realización y que el Empleado debe someterse y prestar además su conformidad a la realización de los mismos. Entonces es fácil colegir que la realización de los estudios

correspondientes trae aparejado el cumplimiento de la ley. Por lo tanto hay beneficios legales, tanto para el Empleado como el Empleador.⁴¹

Los que no los realizan están fuera de la ley con las implicancias que esto le puede acarrear en un futuro. Los estudios que deben realizarse están bien especificados en la Reglamentación de la Resolución 37/10 de la SRT.

4) **Beneficios económicos.**⁴²

Esta frase encierra un conocimiento profundo de la Gestión de la Prevención en las Grandes Empresas. Debemos recordar que las Empresas en general trabajan con seres humanos, los cuales deben trabajar para que la empresa produzca. Pero para trabajar tienen que tener salud, y para tener salud, las empresas deben hacer Prevención de los Riesgos Laborales que ellas misma crean, siguiendo de esa manera un círculo (no vicioso), sino preventivo, en donde quien trabaje con Salud podrá rendir más.

Esto es algo que las Grandes Empresas lo tienen bien estudiado y asumido y suele ser la diferencia con las PyMEs, que a veces sólo quieren realizar únicamente lo que dice la ley. Haciendo el mínimo posible, pretendiendo ahorrar dinero y no se dan cuenta que haciendo una buena gestión de la prevención, realizará un ahorro a futuro.

⁴¹ Ley 24.557. Artículo 6°. Inc. 3. Están excluidos de esta ley: b) Las incapacidades del trabajador preexistentes a la iniciación de la relación laboral y acreditadas en el examen preocupacional efectuado según las pautas establecidas por la autoridad de aplicación.

⁴² “*El bienestar de mis trabajadores es el bienestar de mi negocio*”. **Akio Morita** (1921 - 1999): físico y empresario japonés, cofundador de Sony.

Afortunadamente cada vez más las Empresas en general entienden la necesidad de realizar el Examen Médico Prelaboral, y son pocas las que no lo tienen en cuenta. Aunque sea que lo hagan por razones de “bolsillo” pero es también prevención al fin.

El Código Internacional de Ética para los Profesionales de la Salud Ocupacional dice:⁴³

Deberes y Obligaciones de los Profesionales de la Salud Ocupacional.

Art. 8. (Vigilancia de la salud) Los objetivos, métodos y procedimientos de vigilancia de la salud deben estar claramente definidos, dando prioridad a la adaptación de los lugares de trabajo a los trabajadores, quienes deben recibir toda la información al respecto. Debe evaluarse la relevancia y la validez de estos métodos y procedimientos. La vigilancia debe llevarse a cabo con el consentimiento informado de los trabajadores. Como parte del proceso de obtención del consentimiento, se debe informar a los trabajadores acerca de las posibles consecuencias positivas o negativas resultantes de su participación en la aplicación de los programas de detección y de vigilancia de la salud. La vigilancia de la salud debe ser

⁴³ *Código Internacional de Ética para los Profesionales de la Salud Ocupacional*. Comisión Internacional de Salud Ocupacional / International Commission on Occupational Health. 2002.

realizada por un profesional de la salud en el trabajo aprobado por la autoridad competente.

Art. 9. (Información a los trabajadores) Los resultados de los exámenes practicados en el marco de la vigilancia de la salud deben ser explicados cabalmente al trabajador involucrado. Cuando se requiera la determinación de la aptitud para determinado trabajo, ésta se debe fundamentar en el profundo conocimiento de las demandas y requerimientos del cargo y del puesto de trabajo y en la evaluación de la salud del trabajador. Los trabajadores deben ser informados sobre la posibilidad de impugnar las conclusiones sobre su aptitud para el trabajo cuando resulten contrarias a sus propios intereses. Por lo tanto, se deberá establecer un procedimiento de apelación para tal fin.

VIII. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

*“Ad inquirendum”.*¹

Nuestro estudio tiene un diseño descriptivo cuantitativo.

Realizamos el análisis cuantitativo de los resultados de los Exámenes Médico Laborales tomando en cuenta la provincia de procedencia, el sexo, la edad, antecedentes personales y los resultados de los exámenes realizados.

¹ “Encaminado a investigar”.

IX. UNIVERSO Y MUESTRA

“Decem faciut populum”.¹

Entre el 01 de junio de 2010 y el 31 de diciembre de 2015 se realizaron 4.959 Exámenes Médico Laborales en el Senado de la Nación.

Todos los exámenes fueron realizados en la misma institución contratada para tal fin.

Por no contar con toda la información necesaria para realizar el análisis propuesto no fueron tomados en cuenta 281 Exámenes Médico Laborales.²

Es decir el universo de nuestro estudio fue de 4.678 Exámenes Médico Laborales.

¹ *“Díez personas hacen un pueblo”.*

² Fueron descartados por no haber completado el examen clínico o no terminar los exámenes complementarios.

Variables analizadas.

Se analizaron los datos obtenidos de los antecedentes personales declarados y de los estudios realizados estipulados por la Superintendencia de Riesgos del Trabajo³:

1. Antecedentes personales:

- a) Enfermedades padecidas (renales, urinarias, respiratorias, cardiológicas, digestivas, psiquiátricas, endócrinas, osteoarticulares, alérgicas, etc.).
- b) Tratamientos quirúrgicos.
- c) Exposición a tóxicos.
- d) Episodios de internación.
- e) Consumo de medicamentos.
- f) Accidentes sufridos.
- g) Uso de lentes.

2. Hábitos:

- a) Consumo de alcohol.
- b) Consumo de tabaco.
- c) Consumo de drogas.
- d) Práctica de deportes.
- e) Sueño.

³ Resolución 37/2010 SRT.

f) Dieta.

3. Talla y peso.

4. Presencia de patologías:

a) Renales.

b) Respiratorias.

c) Digestivas.

d) Cardiológicas.

e) Endócrinas.

f) Osteoarticulares.

g) Neurológicas.

h) Psiquiátricas.

i) Oftalmológicas.

j) Bucodentales.

k) Hematológicas.

l) Oncológicas.

m) Infectológicas.

n) Auditivas.

5. Resultados de los análisis de laboratorio:

a) Hemograma.

b) Glucemia.

c) Uremia.

d) Eritrosedimentación.

e) Orina.

6. Resultados de los exámenes complementarios:

a) ECG.

b) Radiografías.

c) Audiometrías.

Técnica de recolección.

1. Examen físico completo, que abarcó todos los aparatos y sistemas, incluyendo agudeza visual cercana y lejana.

2. Radiografía panorámica de tórax y columna lumbosacra⁴.

3. Electrocardiograma.

4. Exámenes de laboratorio: hemograma completo, uremia, glucemia, eritrosedimentación, orina completa.

5. Evaluación psicológica (entrevista psicodiagnóstica, Test de Bender, H-T-P y Persona bajo la lluvia).⁵

6. Audiometría.⁶

7. Declaración Jurada de Antecedentes personales y hábitos.

⁴ La radiografía de columna lumbosacra se le realizó al personal asignado a seguridad y obras.

⁵ Se le realizó al personal asignado a seguridad, obras, guardería infantil y a quienes tuvieran algún tipo de discapacidad certificada.

⁶ Se le realizó al personal asignado a obras y a quienes tuvieran algún tipo de discapacidad certificada.

Los datos obtenidos fueron cargados en una matriz de Excel para su posterior análisis estadístico descriptivo cuantitativo.

X.CONSIDERACIONES ÉTICAS Y LEGALES

“Lex ita facere jubet”.¹

Nuestro trabajo se adecuó a las recomendaciones para la investigación biomédica de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, donde están establecidas las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación.

El uso de los datos estadísticos del Departamento de Medicina Laboral del Senado de la Nación está autorizado por esa Cámara según EXP-HSN: 0000685/2010.

La identidad y datos personales de los sujetos estudiados fueron protegidos confidencialmente, salvaguardándose su anonimato según la leyes 24.766 (Confidencialidad sobre información y productos que estén legítimamente bajo control de una persona y se divulgue indebidamente de manera contraria a los usos comerciales honestos), 25.326 (Protección de los datos personales), 26.529 (Derechos del paciente).

El estudio no implicó ningún tipo de intervención sobre persona alguna, por lo que se considera completamente inocuo para los

¹ “La ley ordena proceder así”.

participantes; por otra parte los resultados fueron expuestos en términos estadísticos.

XI. DIFICULTADES Y LIMITACIONES

“Hoc opus, hic labor est”.¹

“Difficultatem facit doctrina”.²

No todas las personas que ingresaron a trabajar en el Senado de la Nación en el periodo estudiado (01 de junio de 2010 al 31 de diciembre de 2015) realizaron el “Examen Preocupacional o de ingreso” como exige la norma.³

Todos los que realizaron los “Exámenes Médico Laborales” llenaron una declaración jurada de antecedentes personales y hábitos la que

¹ *“He aquí la dificultad, he aquí lo penoso”*. Virgilio.

² *“Las dificultades hacen doctrina”*. Quintiliano, Inst. Or., X, 3.

³ **Resolución 37/2010. Superintendencia de Riesgos del Trabajo.**

Art. 2° — Exámenes preocupacionales: objetivos, obligatoriedad, oportunidad de su realización, contenidos y responsables.

1. Los exámenes preocupacionales o de ingreso tienen como propósito determinar la aptitud del postulante conforme sus condiciones psicofísicas para el desempeño de las actividades que se le requerirán. En ningún caso pueden ser utilizados como elemento discriminatorio para el empleo. Servirán, asimismo, para detectar las patologías preexistentes y, en su caso, para evaluar la adecuación del postulante (en función de sus características y antecedentes individuales) para aquellos trabajos en los que estuvieren eventualmente presentes los agentes de riesgo determinados por el Decreto N° 658 de fecha 24 de junio de 1996.

Queda excluida de los exámenes preocupacionales la realización de reacciones serológicas para la detección de la enfermedad de Chagas-Mazza, conforme a lo establecido en el artículo 5° de la Ley N° 26.281.

2. La realización de los exámenes preocupacionales es obligatoria, debiendo efectuarse de manera previa al inicio de la relación laboral. La realización del examen preocupacional es responsabilidad del empleador, sin perjuicio de que el empleador pueda convenir con su Aseguradora de Riesgos del Trabajo (A.R.T.) la realización del mismo.

lamentablemente no siempre se ajusta a la verdad.⁴ Entendemos que el sesgo en las declaraciones juradas desdibuja de alguna manera la realidad del perfil de salud de los evaluados.

Pocas personas accedieron a realizarse la serología para Chagas por presentar bloqueo de rama o arritmia cardíaca.

Contadas personas se repitieron los exámenes cuando presentaron alguna alteración (infección urinaria, leucocitosis, leucopenia, eritrosedimentación elevada, anemia, glucosuria o hematuria).

Ninguna de las mujeres embarazadas se realizó la placa radiográfica de tórax luego del parto.⁵

Ningún trabajador se realizó el “Examen Médico Previo a la terminación de la relación laboral o de egreso”.

No encontramos trabajos similares o relacionados con el nuestro para comparar nuestros resultados.⁶

⁴ Muchas veces los pacientes piensan que decir la verdad los puede perjudicar de alguna manera.

⁵ Todas las mujeres embarazadas independientemente del tiempo de gesta ingresaron a trabajar.

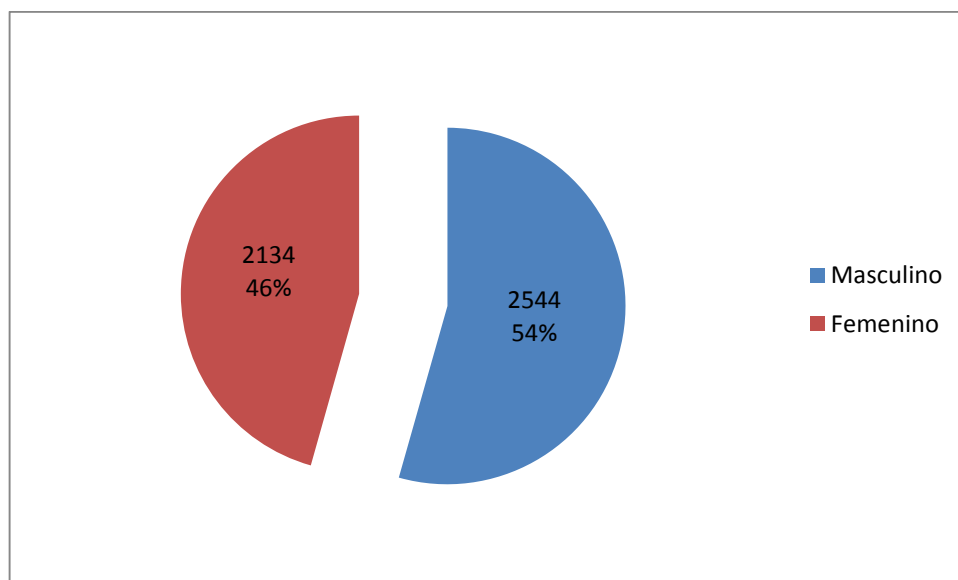
⁶ La búsqueda se realizó en las bases de datos de Medline y LILACS.

XII. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS

“Hay tres clases de falsedades: las mentiras, las mentiras detestables y las estadísticas”.¹

Se analizaron 4.678 exámenes médico laborales realizados entre el 01 de junio de 2010 y el 31 de diciembre de 2015.

2.134 eran mujeres y 2544 hombres.



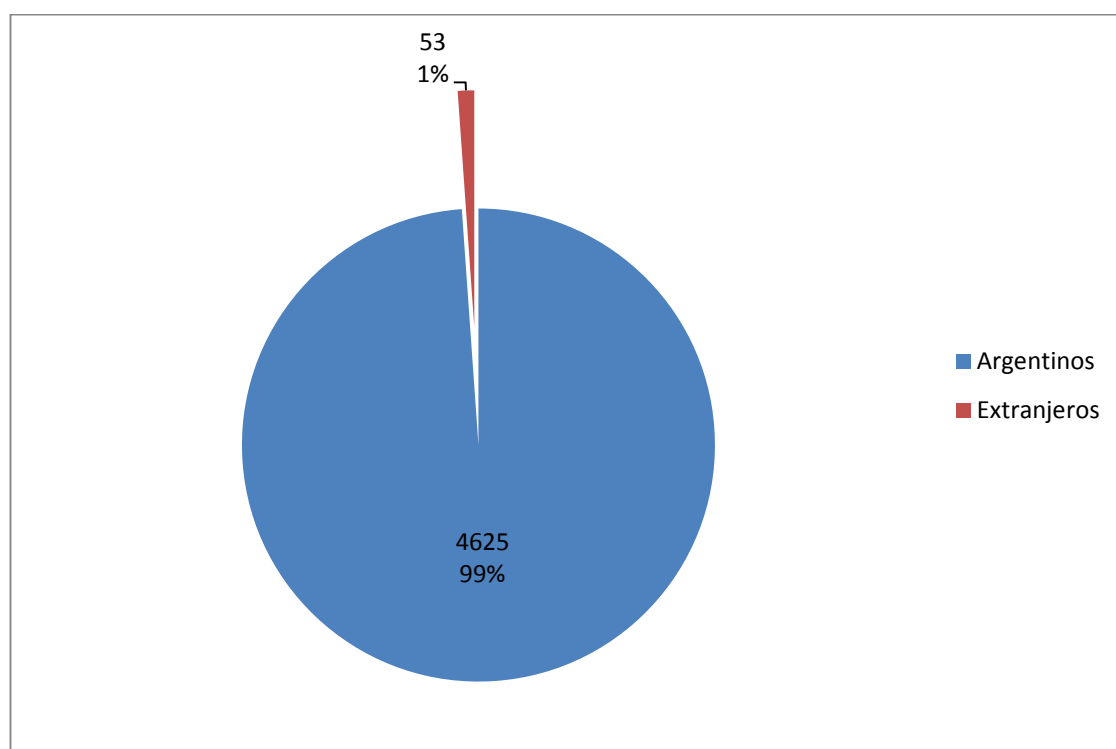
¹ **Benjamín Disraeli** (Londres, 1804 - 1881), conocido también como Conde de Beaconsfield o Lord Beaconsfield, político, escritor y aristócrata británico, que ejerció dos veces como Primer Ministro del Reino Unido, fue *Líder de la “Muy Leal Oposición de Su Majestad”* y tres veces Ministro de Hacienda del Reino Unido.

La edad de los evaluados fue de 17 a 73 años, con una mediana de 34 años y un promedio de 35,78 años (DS: 11,99).

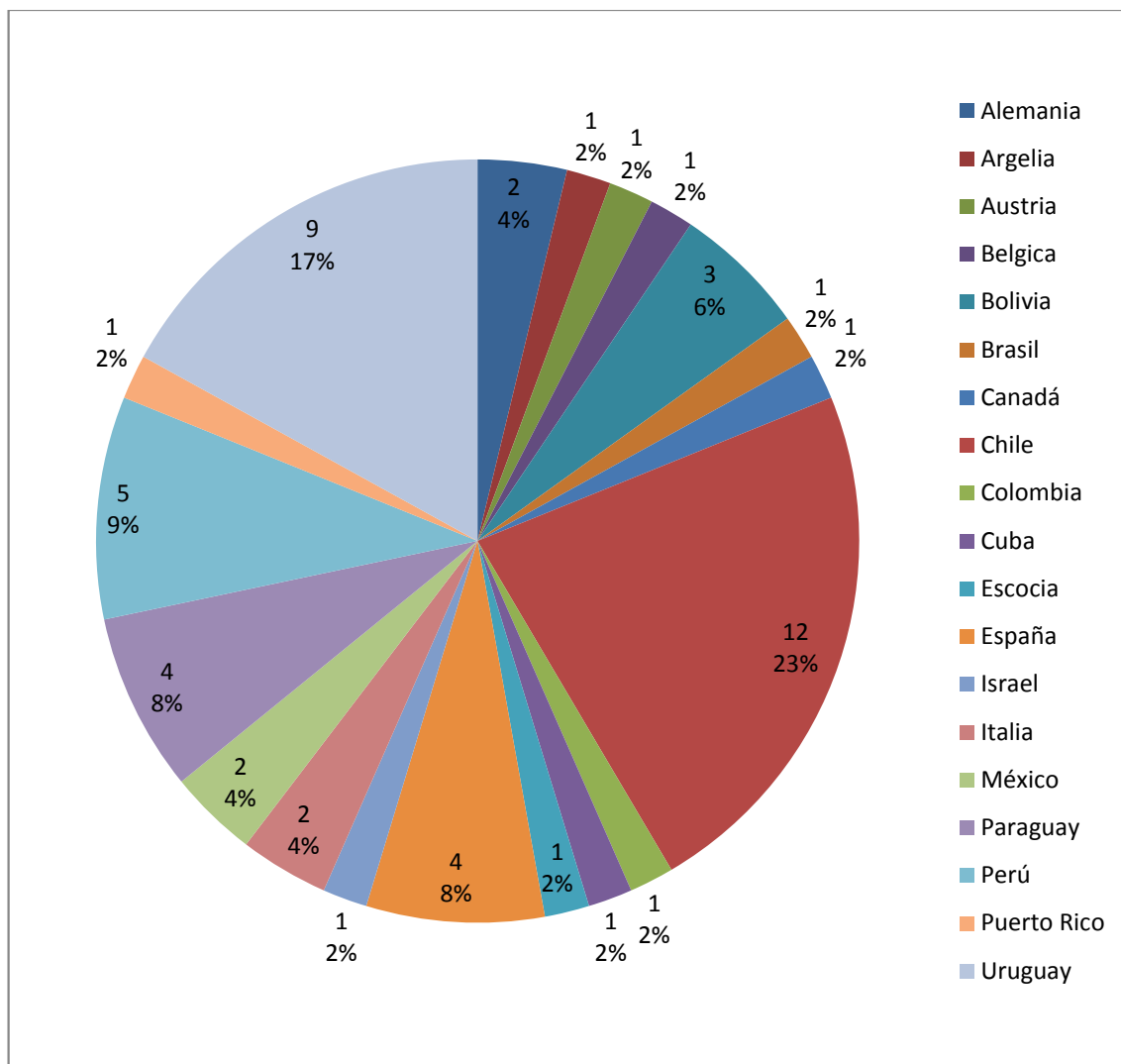
La edad de las mujeres fue de 17 a 69 años.

La edad de los hombres fue de 18 a 73 años.

4.625 argentinos, 53 extranjeros².



² 2 alemanes, 1 argelino, 1 austríaco, 1 belga, 3 bolivianos, 1 brasilero, 1 canadiense, 12 chilenos, 1 colombiano, 1 cubano, 1 escocés, 4 españoles, 1 israelí, 2 italianos, 2 mexicanos, 4 paraguayos, 5 peruanos, 1 portorriqueño, 9 uruguayos.



Los exámenes se realizaron entre el 01 de junio de 2010 y el 31 de diciembre de 2015.³

Del universo (N: 4.678) corresponden:

A) 4.663 “Exámenes Preocupacionales o de ingreso”.

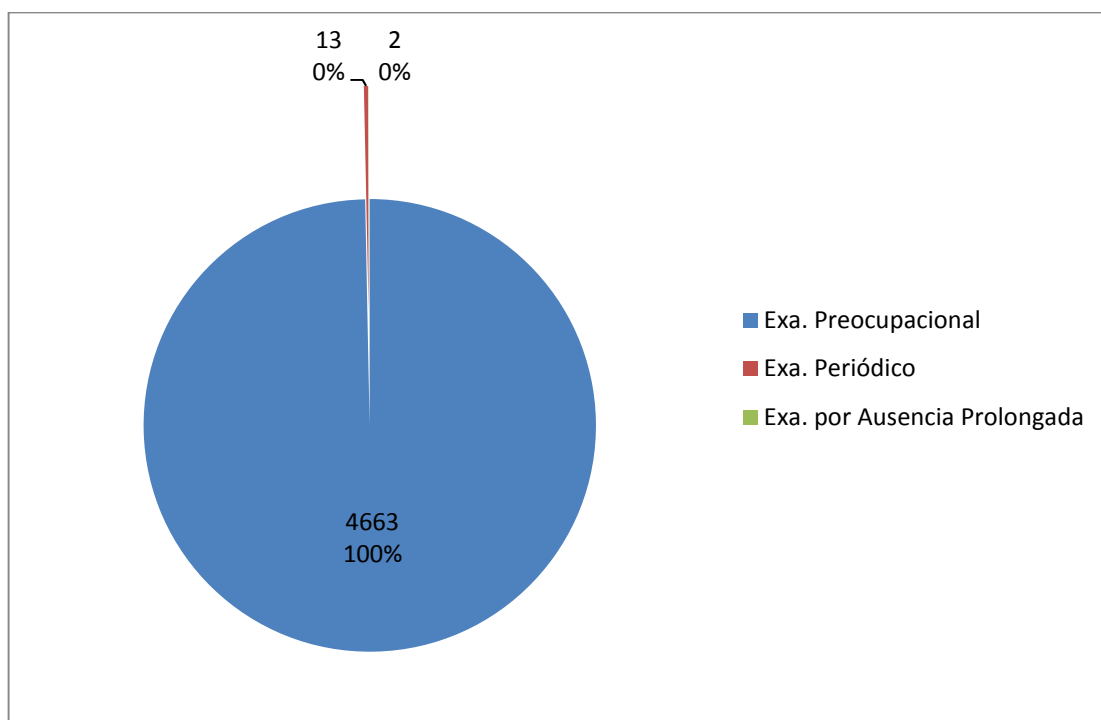
B) 13 “Exámenes Periódicos”.

³ 178 del 01/06/2010 al 31/12/2010
 394 del 01/01/2011 al 31/12/2011
 791 del 01/01/2012 al 31/12/2012
 602 del 01/01/2013 al 31/12/2013
 1.255 del 01/01/2014 al 31/12/2014
 1.458 del 01/01/2015 al 31/12/2015

C) No se realizaron “Exámenes Previos a una transferencia de actividad”.

D) 2 “Exámenes Posteriores a ausencias prolongadas”, uno por un politraumatismo severo (accidente in itinere⁴), el otro por trastornos psiquiátricos.

E) No se realizó ningún “Examen Previo a la terminación de la relación laboral o de egreso”.



⁴ In itinere es una locución latina que significa “en el camino”. Se refiere por tanto a un suceso o hecho que transcurre en el trayecto entre dos puntos. En seguridad y salud laboral y derecho laboral, se denomina “*accidente in itinere*” al accidente ocurrido al trabajador durante el desplazamiento desde su domicilio a su lugar de trabajo o viceversa.

La distribución por tipo de apto fue:

Tipo A:⁵ 1.237

Tipo B:⁶ 2.586 (1 con discapacidad visceral)⁷.

Tipo C:⁸ 621 (4 con discapacidad motora, 3 con discapacidad visual, 1 con discapacidad visceral, 1 discapacidad mental-motora).

Tipo D:⁹ 161 (148 fueron personas con algún tipo de discapacidad¹⁰ que realizaron los exámenes médico laborales para ser incluidos según el “Programa de Formación e Inserción Laboral para Discapacitados”¹¹ que lleva adelante el Senado de la Nación para dar cumplimiento con la ley¹²).

⁵ **Tipo A: Apto.** Con los estudios realizados, el postulante no presenta, en el momento del examen, signos o síntomas que merezcan mención ni impidan el desempeño de las tareas requeridas para la posición.

⁶ **Tipo B: Apto.** Con los estudios realizados, el postulante presenta, en el momento del examen, signos o síntomas corregibles o transitorios que no impiden el desempeño de las tareas requeridas para la posición.

⁷ Ver tipos de discapacidad más abajo.

⁸ **Tipo C: Apto.** Con los estudios realizados, el postulante presenta, en el momento del examen, signos o síntomas no corregibles que no impiden el desempeño de las tareas requeridas para la posición. Para realizar un cambio de posición deberá hacer una consulta médico laboral previa.

⁹ **Tipo D: Temporalmente no apto.** Con los estudios realizados, el postulante presenta, en el momento del examen, signos o síntomas que requieren un tratamiento inmediato e impiden el desempeño de las tareas requeridas para la posición. Luego de la realización del tratamiento el postulante deberá ser reevaluado.

¹⁰ **Ley 22.431. Sistema de protección integral de los discapacitados.**

Art. 2° — A los efectos de esta ley, se considera discapacitada a toda persona que padezca una alteración funcional permanente o prolongada, física o mental, que en relación a su edad y medio social implique desventajas considerables para su integración familiar, social, educacional o laboral.

¹¹ **Decreto Presidencial 0862/2010** (Senado de la Nación).

¹² **Ley 25.689. Sistema de protección integral de los discapacitados.**

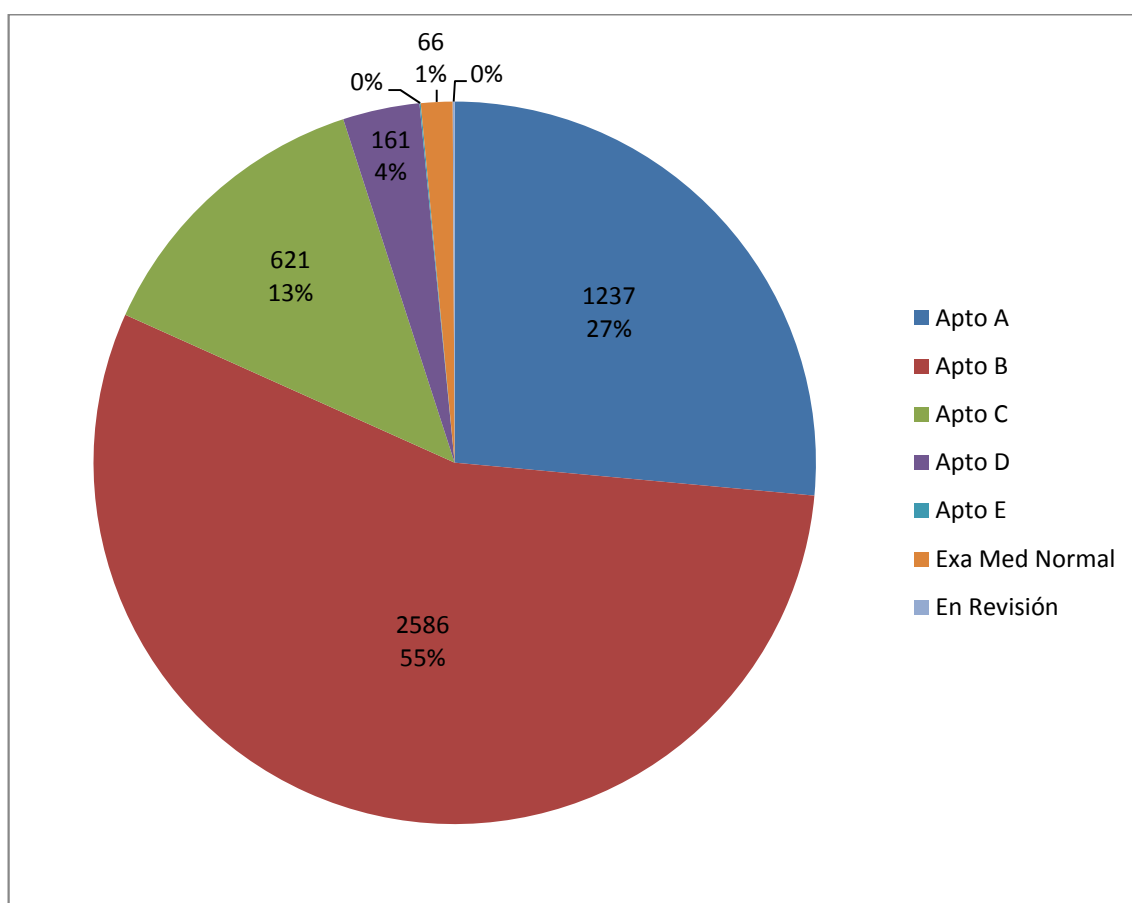
Art. 1° — Modificase el artículo 8° de la Ley 22.431 que quedará redactado de la siguiente forma:

Artículo 8°: El Estado nacional —entendiéndose por tal los tres poderes que lo constituyen, sus organismos descentralizados o autárquicos, los entes públicos no estatales, las empresas del Estado y las empresas privadas concesionarias de servicios públicos— están obligados a ocupar personas con discapacidad que reúnan condiciones de idoneidad para el cargo en una proporción no inferior al cuatro por ciento (4%) de la totalidad de su personal y a establecer reservas de puestos de trabajo a ser exclusivamente ocupados por ellas.

Tipo E:¹³ 3

Examen Médico Normal:¹⁴ 66

En revisión: 4 por posible TBC confirmada con posterioridad. 2 mujeres (48 y 61 años de edad) y 2 hombres (19 y 26 años de edad), todos HIV negativos.



¹³ **Tipo E: No se aconseja incorporación.** Con los estudios realizados, el postulante presenta, en el momento del examen, signos o síntomas que no son compatibles con el desempeño de las tareas requeridas para la posición.

¹⁴ **Examen Médico Normal:** clasificados así por estar embarazadas y si bien el examen de laboratorio no revelaban alteraciones y el examen clínico era normal, no se realizó Rx de tórax y se aguardó a terminar con el embarazo para realizar la radiología y clasificar.

La distribución por tipo de apto en las mujeres fue:

Tipo A: 455

Tipo B: 1.315 (1 con discapacidad visceral).

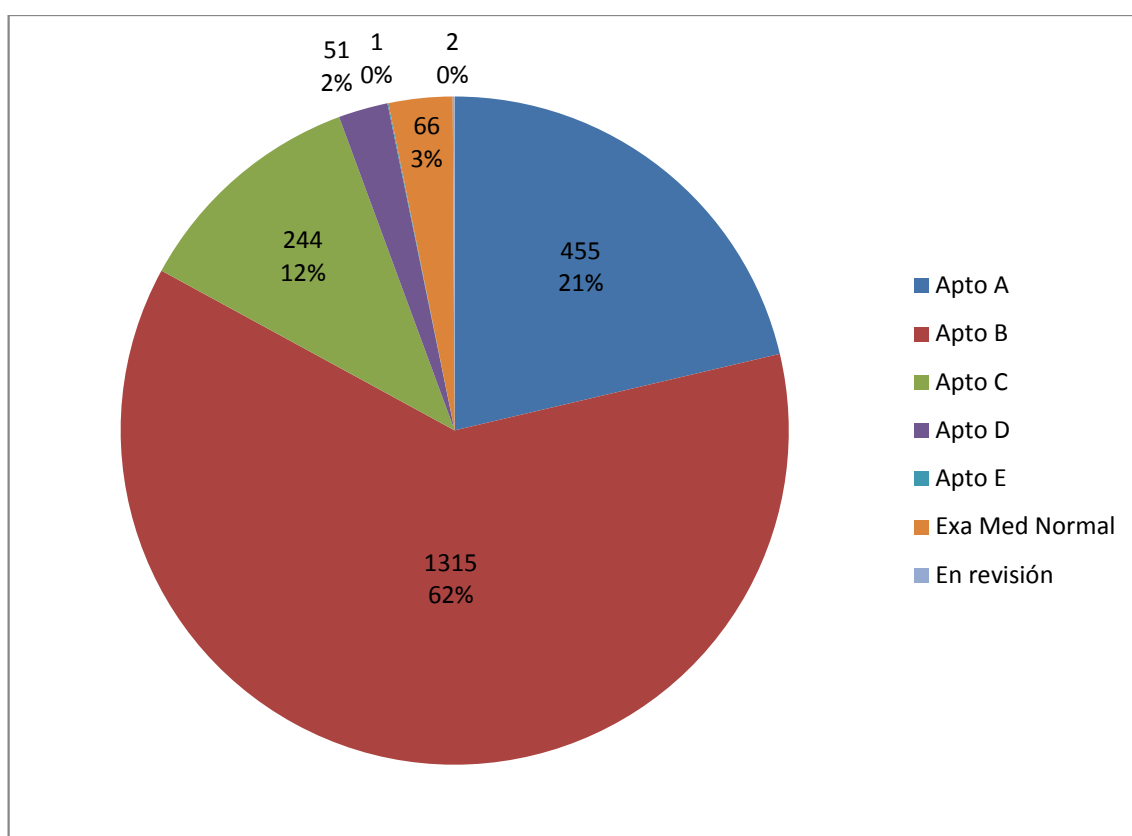
Tipo C: 244 (4 con discapacidad motora).

Tipo D: 51 (48 personas con algún tipo de discapacidad).

Tipo E: 1

Examen Médico Normal: 66 (embarazadas).

En revisión: 2



La distribución por tipo de apto en los hombres fue:

Tipo A: 782

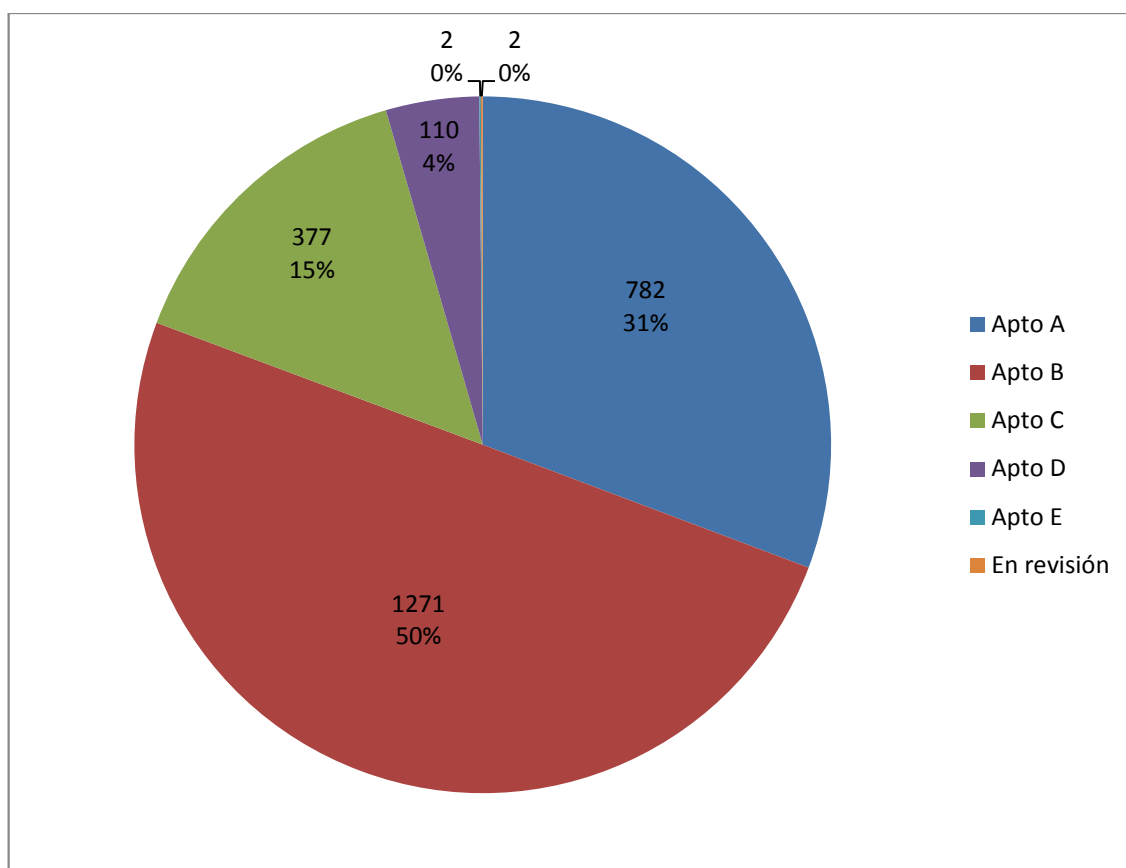
Tipo B: 1.271

Tipo C: 377 (5 con discapacidad: 3 visual, 1 visceral, 1 mental-motora)

Tipo D: 110 (100 personas con algún tipo de discapacidad).

Tipo E: 2

En revisión: 2



Al personal asignado a “seguridad” se le realizo radiografías de columna lumbosacra y una evaluación psicológica no revelando alteración alguna.

Al personal asignado a la “guardería infantil” se le realizo una evaluación psicológica¹⁵ no revelando alteración alguna.

Al personal asignado a “obras” se le realizo radiografías de columna lumbosacra, audiometría y una evaluación psicológica no revelando alteración alguna.¹⁶

De los 4.678 Exámenes Médico Laborales, 158 (3,38%) tenían algún tipo de discapacidad y contaban con su respectivo Certificado Único de Discapacidad (CUD)¹⁷.

Apto B: 1

Apto C: 9

Apto D: 148

Las discapacidades se dividieron en: Discapacidad Auditiva¹⁸, Discapacidad Mental¹⁹, Discapacidad Motora²⁰, Discapacidad Visceral²¹,

¹⁵ Ley N° 621/2001 CABA.

¹⁶ Este personal suele realizar esfuerzos físicos y trabajar en alturas.

¹⁷ El Certificado Único de Discapacidad o CUD es un documento público de validez nacional emitido por una junta evaluadora interdisciplinaria que certifica la discapacidad de la persona.

¹⁸ **Discapacidad sensorial auditiva:** Se considera discapacidad auditiva a un término global que hace referencia a las deficiencias en las funciones y estructuras corporales del sistema auditivo (asociado o no a otras funciones y/o estructuras corporales deficientes), y las limitaciones que presente el individuo al realizar una tarea o acción en un contexto/entorno normalizado, tomado como parámetro su capacidad / habilidad real, sin que sea aumentada por la tecnología o dispositivos de ayuda o terceras personas. Disposición 82/2015 Servicio Nacional de Rehabilitación.

Discapacidad Visual²² y las combinaciones entre ellas (Auditivo-Mental, Auditivo-Motor, Auditivo-Visceral, Mental-Motor, Mental-Visceral, Mental-Visual, Motor-Visceral).

Las edades estuvieron comprendidas entre los 18 y 62 años, con una mediana de 28 años y un promedio de 30,71 años (DS: 10,29). 53 de sexo femenino y 105 de sexo masculino.

Discapacidad Auditiva: 17

Discapacidad Mental: 59

Discapacidad Motora: 40

Discapacidad Visceral: 12

Discapacidad Visual: 11

¹⁹ **Discapacidad mental:** Se define a la Discapacidad Mental como un término global que hace referencia a las deficiencias en las funciones mentales y estructuras del sistema nervioso (asociadas o no a otras funciones y/o estructuras corporales deficientes), y en las limitaciones que presente el individuo al realizar una tarea o acción en un contexto/entorno normalizado, tomando como parámetro su capacidad/habilidad real, sin que sea aumentada por la tecnología o dispositivos de ayuda o de terceras personas. Disposición 648/2015 Servicio Nacional de Rehabilitación.

²⁰ **Discapacidad motora:** Se considera discapacidad motora a un término global que hace referencia a las deficiencias en las funciones y estructuras corporales de los sistemas osteoarticular y neuromusculotendinoso (asociadas o no a otras funciones y/o estructuras corporales deficientes), y las limitaciones que presente el individuo al realizar una tarea o acción en un contexto/entorno normalizado, tomado como parámetro su capacidad/habilidad real, sin que sea aumentada por la tecnología o dispositivos de ayuda o terceras personas. Disposición 1019/2015 Servicio Nacional de Rehabilitación.

²¹ **Discapacidad visceral:** Se considera discapacidad visceral a un término global que hace referencia a las deficiencias en las funciones y estructuras corporales de los sistemas cardiovascular, hematológico, inmunológico, respiratorio, digestivo, metabólico, endocrino y genitourinarias (asociadas o no a otras funciones y/o estructuras corporales deficientes), y las limitaciones que presente el individuo al realizar una tarea o acción en un contexto/entorno normalizado, tomado como parámetro su capacidad/habilidad real. Para una mejor comprensión, se divide la siguiente normativa de Discapacidad Visceral según condición de salud de origen Cardíaco, Respiratorio, Renal - Urológico, Digestivo y Hepático. Disposición 500/2015 Servicio Nacional de Rehabilitación.

²² **Discapacidad sensorial visual:** Se considera discapacidad visual a un término global que hace referencia a las deficiencias en las funciones visuales y estructuras corporales del ojo y/o sistema nervioso (asociado o no a otras funciones y/o estructuras corporales deficientes), y las limitaciones que presente el individuo al realizar una tarea o acción en un contexto/entorno normalizado, tomado como parámetro su capacidad / habilidad real y las restricciones en su desempeño, considerando los dispositivos de ayudas ópticas adaptaciones personales y/o modificaciones del entorno. Disposición 639/2015 Servicio Nacional de Rehabilitación.

Discapacidad Auditivo-Mental: 3

Discapacidad Auditivo-Motor: 2

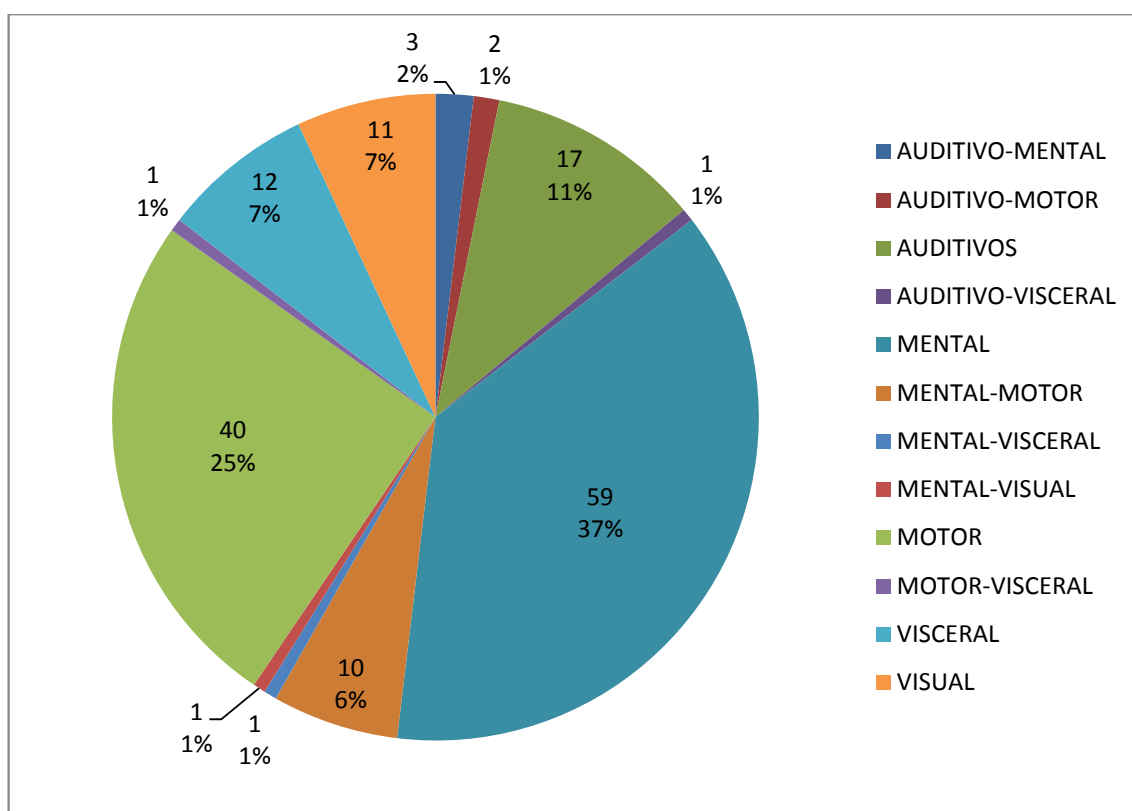
Discapacidad Auditivo-Visceral: 1

Discapacidad Mental-Motor: 10

Discapacidad Mental-Visceral: 1

Discapacidad Mental-Visual: 1

Discapacidad Motor-Visceral: 1



Luego de la realización de los Exámenes Médico Laborales se diagnosticó por antecedentes, evaluación clínica y exámenes complementarios las siguientes patologías:

| | |
|------------------------------|-----|
| AMAUROSIS | 2 |
| ANEMIA ²³ | 15 |
| ARRITMIAS | 34 |
| ASMA | 15 |
| BRD ²⁴ | 45 |
| BRD-I ²⁵ | 2 |
| BRI ²⁶ | 19 |
| BUCODENTAL ²⁷ | 7 |
| CÁNCER | 52 |
| CHAGAS - | 6 |
| CHAGAS + | 5 |
| DAIR ²⁸ | 7 |
| DBT Tipo 1 | 13 |
| DBT Tipo 2 | 87 |
| EPILEPSIA | 9 |
| ERITRO ELEVADA ²⁹ | 12 |
| ESCOLIOSIS ³⁰ | 33 |
| GLUCOSURIA | 6 |
| HEMATURIA | 9 |
| HERNIA de DISCO | 48 |
| HERNIA INGUINAL | 23 |
| HERNIA UMBILICAL | 19 |
| HIPERTIROIDISMO | 6 |
| HIPOACUSIA | 18 |
| HIPOTIROIDISMO | 22 |
| HTA | 297 |
| IAM | 17 |

²³ Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar anemia al nivel del mar (g/l): Mujeres no embarazadas (15 años o mayores) 120 o superior, Mujeres embarazadas 110 o superior, Varones (15 años o mayores) 130 o superior. OMS: *Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar la anemia y evaluar su gravedad*. Ginebra. 2011.

http://www.who.int/vmnis/indicators/haemoglob_in_es.pdf (Consultada 13/03/2015).

²⁴ Bloqueo de Rama Derecha.

²⁵ Bloqueo de Rama Derecha e Izquierda.

²⁶ Bloqueo de Rama Izquierda.

²⁷ Se refiere a aquellos que tenían alguna patología bucodental (caries, etc.).

²⁸ Daño Auditivo Inducido por Ruido.

²⁹ Hombres: hasta 15 mm/h, Mujeres: hasta 20 mm/h.

³⁰ No hay modificación con la Prueba de Adams y radiológicamente es mayor a 20°.

| | |
|-----------------------------|-----|
| INFECCIÓN URINARIA | 7 |
| LEUCOCITOSIS ³¹ | 168 |
| LEUCOPENIA ³² | 23 |
| OBESIDAD ³³ | 32 |
| PSIQUIATRÍA | 52 |
| TBC | 4 |
| TRANSPLANTE HEPÁTICO | 1 |
| TRANSPLANTE RENAL | 1 |
| USO de LENTES ³⁴ | 169 |
| VÁRICES | 26 |

15 Anémicos, 14 mujeres (1 estaba embarazada), 1 era hombre.³⁵

100 tenían alguna alteración electrocardiográficas³⁶: 45 bloqueos de rama derecha (BRD) (15 mujeres, 30 hombres)³⁷, 19 bloqueos de rama izquierda (BRI) (8 mujeres, 11 hombres)³⁸, 2 de rama derecha e izquierda (BRD-I)³⁹, 34 arritmias de distintas características (16 mujeres y 18

³¹ Recuento mayor a 11.000 leucocitos/mm³.

³² Recuento menor a 3.500 leucocitos/mm³.

³³ IMC (índice de masa corporal) es igual o superior a 30 kg/m². OMS. *Obesidad y sobrepeso*. Nota descriptiva N° 311. Enero de 2015.

³⁴ Se refiere a aquellas personas que tenían alguna disminución de la agudeza visual y que usaban lentes para corregir el defecto.

³⁵ El hombre era pampeano. Las mujeres: 6 Buenos Aires, 4 CABA, 1 La Pampa, 1 Jujuy, 1 San Luis, 1 Perú.

³⁶ 5 extranjeros, 95 argentinos.

³⁷ 25 Buenos Aires, 10 CABA, 2 Chile, 1 Córdoba, 1 Entre Ríos, 1 Jujuy, 1 La Pampa, 1 La Rioja, 1 Mendoza, 1 Neuquén, 1 Salta.

³⁸ 8 Buenos Aires, 6 CABA, 1 Chile, 1 Córdoba, 1 Entre Ríos, 1 Neuquén, 1 Santa Cruz.

³⁹ 1 Chile, 1 Entre Ríos, ambos hombres.

hombres)⁴⁰. De todos ellos solo 11 se realizaron la serología para Chagas, 6 dieron negativos y 5 positivo⁴¹.

7 tenían alguna patología bucodental.

168 Leucocitosis, en su mayoría, 145 (86,3%) tenían alguna patología bucodental referida o descubierta luego del realizado el Examen Médico Laboral.

52 examinados tenían antecedentes de cáncer (5 de colon, 1 de laringe, 19 de mama, 2 de riñón, 3 de testículo, 8 de tiroides, 1 de estómago, 10 de próstata, 2 linfomas y 1 melanoma), 26 mujeres y 26 hombres, se presentaron entre los 25 y 69 años de edad, todos fueron clasificados como Apto C.

100 Diabéticos, 13 Tipo I y 87 Tipo II. 24 mujeres (5 Tipo I, 19 Tipo II) y 76 hombres (8 Tipo I, 68 Tipo II).

6 Glucosurias, todos DBT Tipo II, todos hombres.

297 Hipertensos, 84 mujeres⁴² y 213 hombres⁴³.

32 Obesos, 9 mujeres y 23 hombres, de 23 a 64 años de edad (mediana 44 años).

⁴⁰ 1 Austria, 15 Buenos Aires, 6 CABA, 2 Chile, 2 Córdoba, 1 Corrientes, 1 Formosa, 1 La Pampa, 1 Mendoza, 3 Río Negro, 1 San Luis.

⁴¹ 1 Buenos Aires, 2 La rioja, 1 Mendoza, 1 Jujuy.

⁴² Entre los 18 y los 59 años de edad.

⁴³ Entre los 18 y los 61 años de edad.

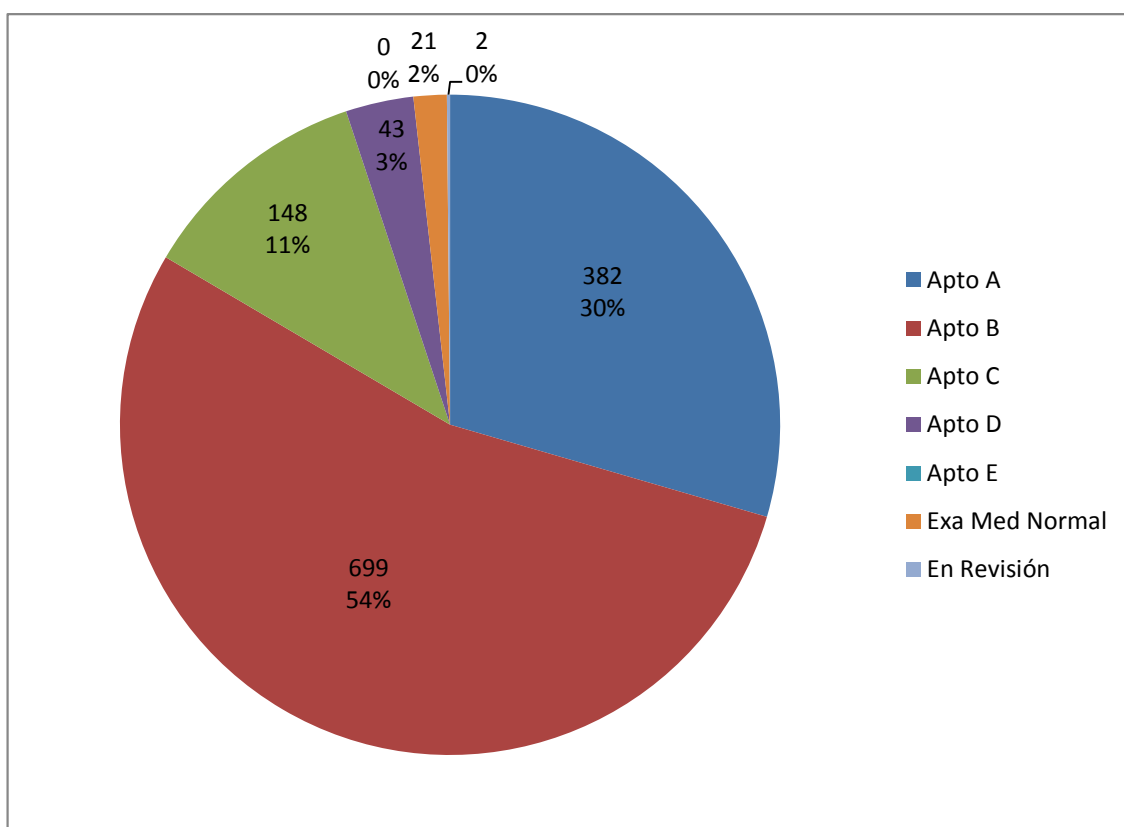
26 Várices, 8 mujeres y 18 hombres, de 27 a 70 años, la mitad tenía una comorbilidad como HTA, obesidad o diabetes Tipo 2.

1.778⁴⁴ del universo estudiado, (38%), tenían una Agudeza Visual de 10/10 en ambos ojos.⁴⁵

A continuación distribución de los datos obtenidos según la procedencia y clasificación (Apto A, B, C, D, E).

Para más detalles, procedencia, clasificación, tipo de Examen Laboral, sexo y edad ver capítulo XVI “Anexo”.

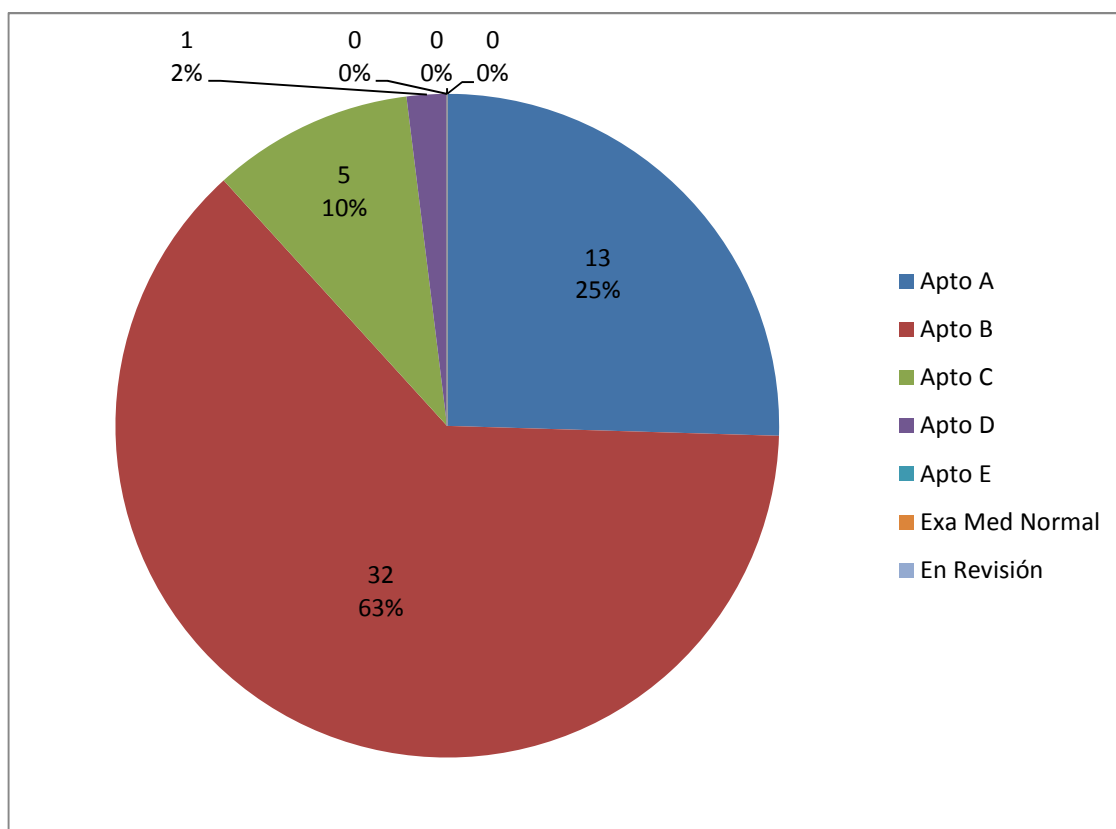
1. Buenos Aires.



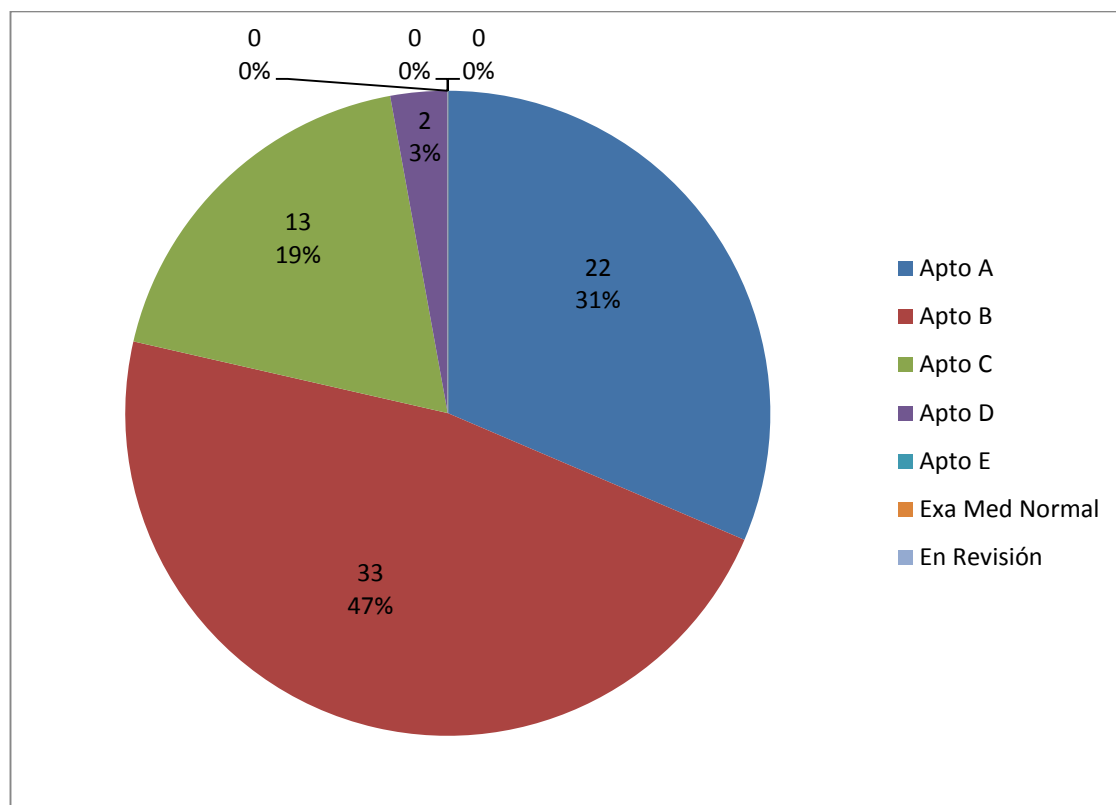
⁴⁴ Dentro de este número están incluidos los 169 que usaban lentes.

⁴⁵ Se utilizó el test de Snellen.

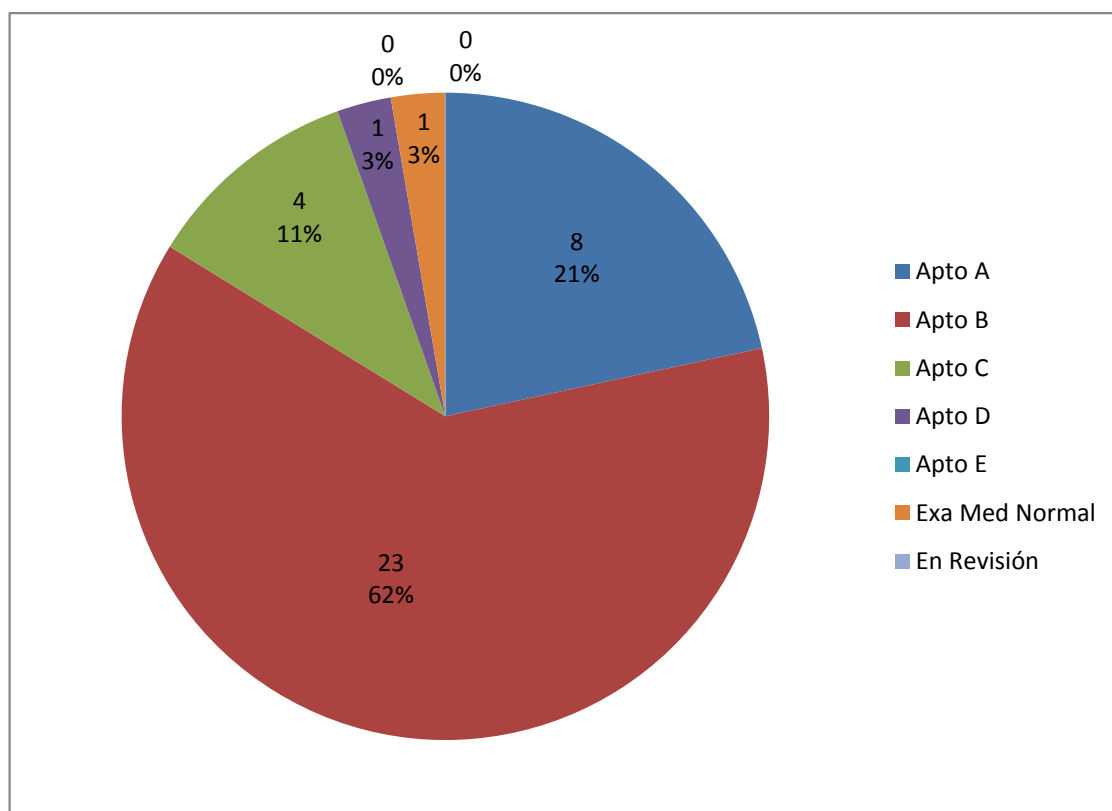
2. Catamarca.



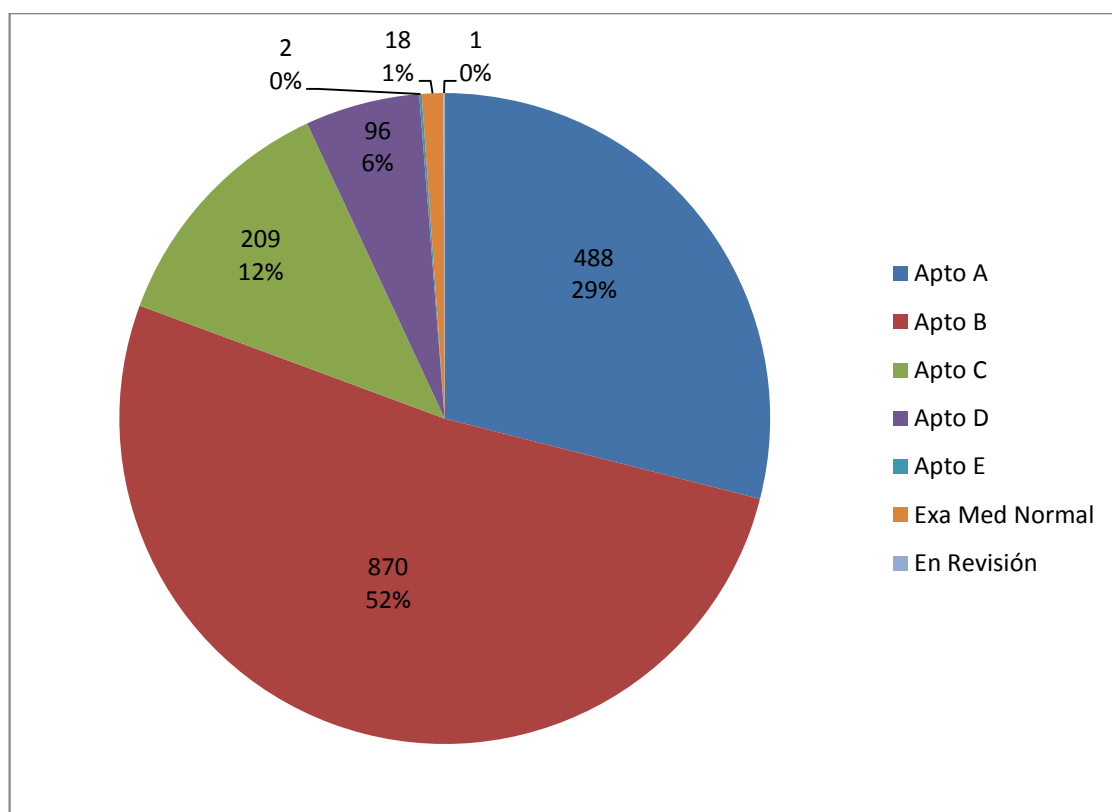
3. Chaco.



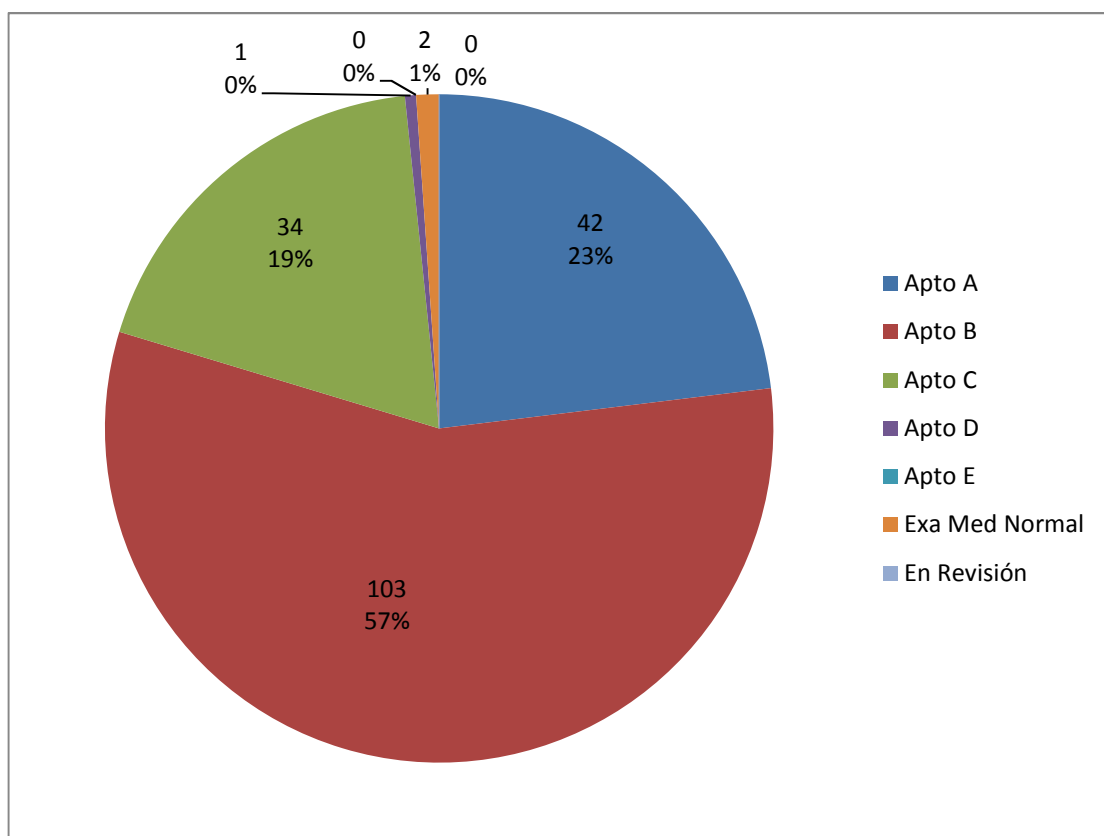
4. Chubut.



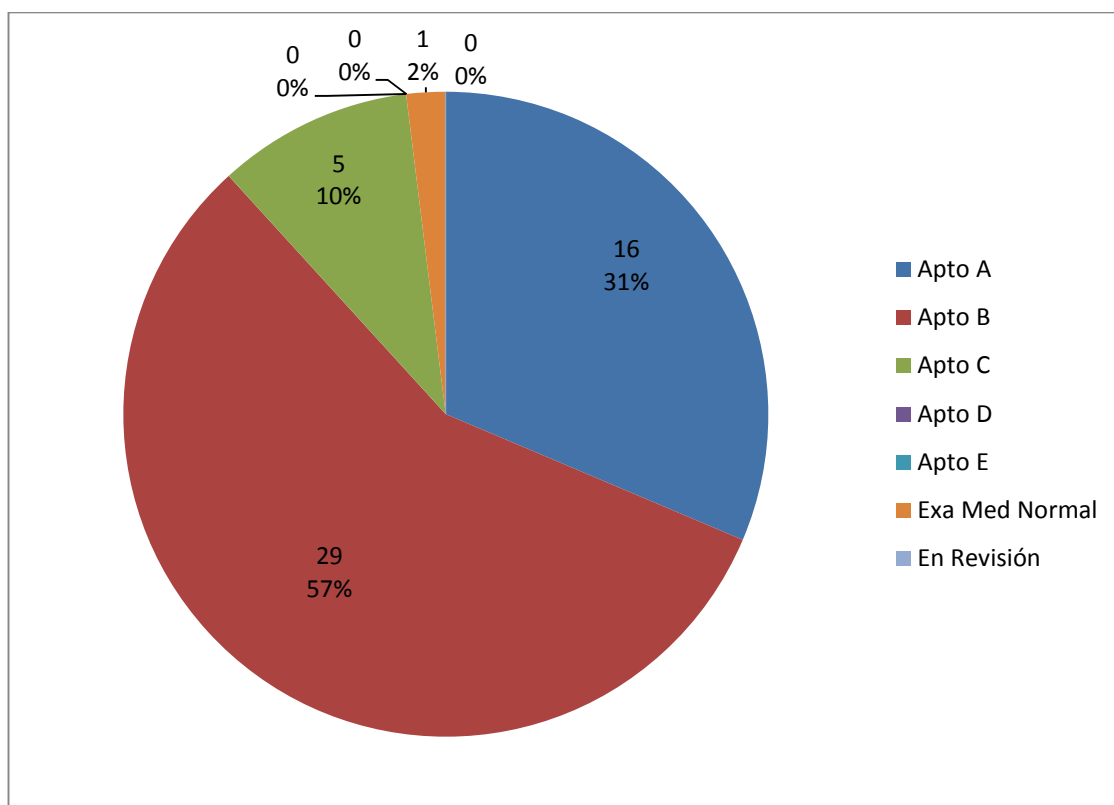
5. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.



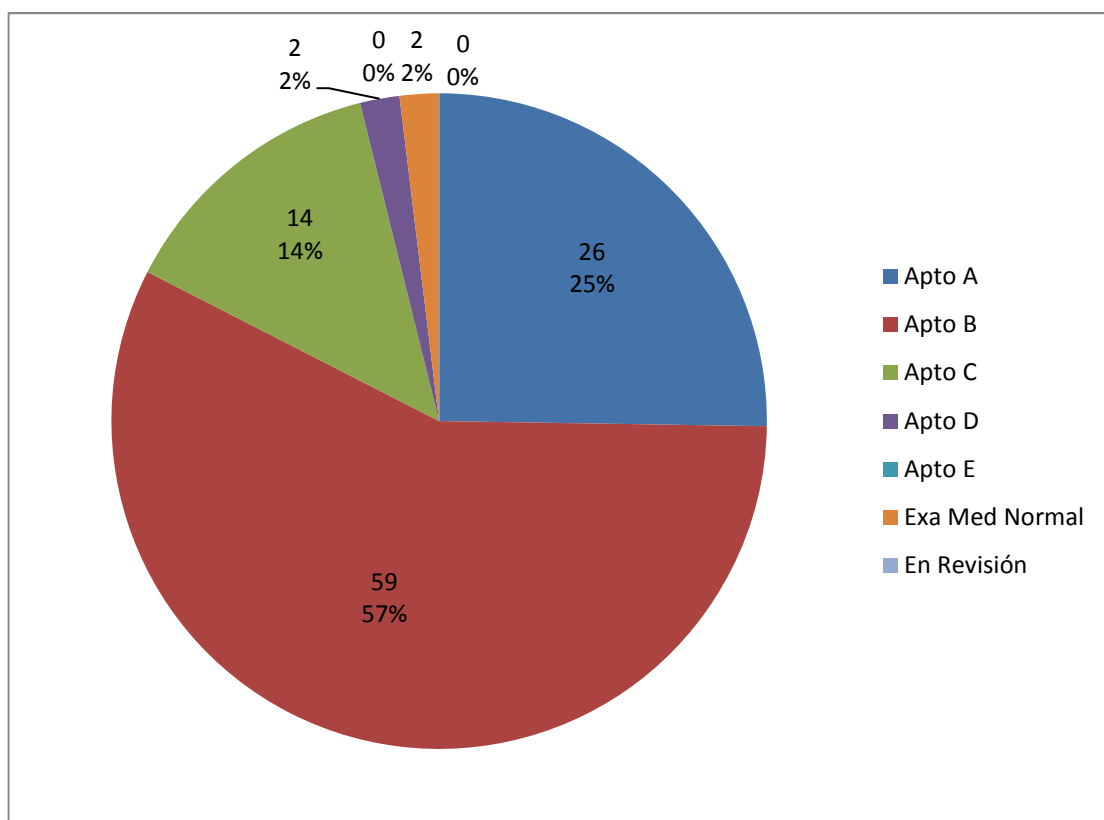
6. Córdoba.



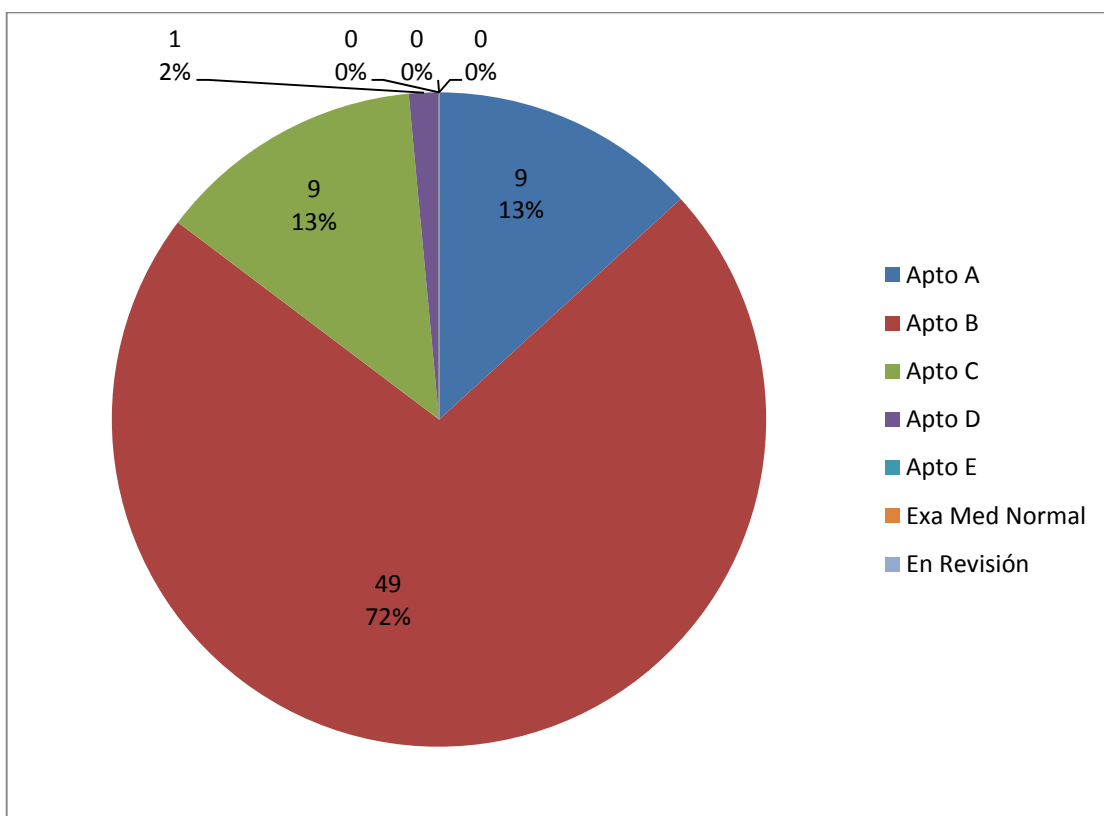
7. Corrientes.



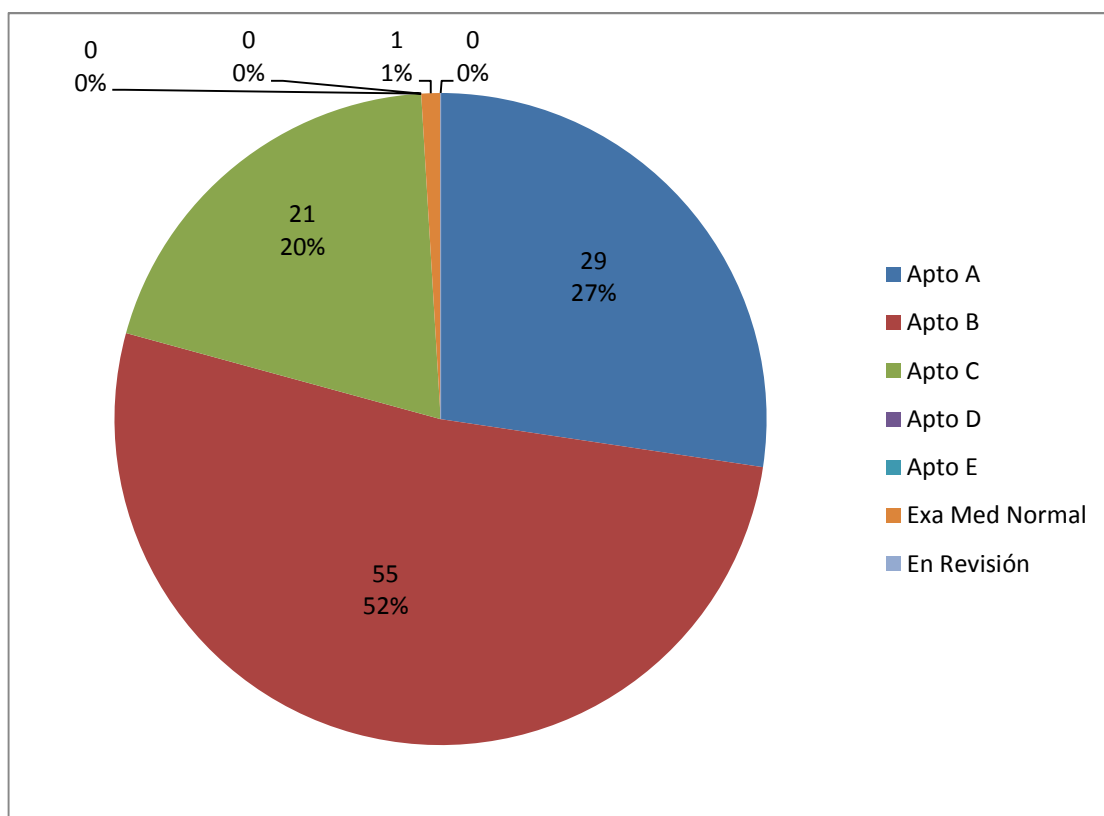
8. Entre Ríos.



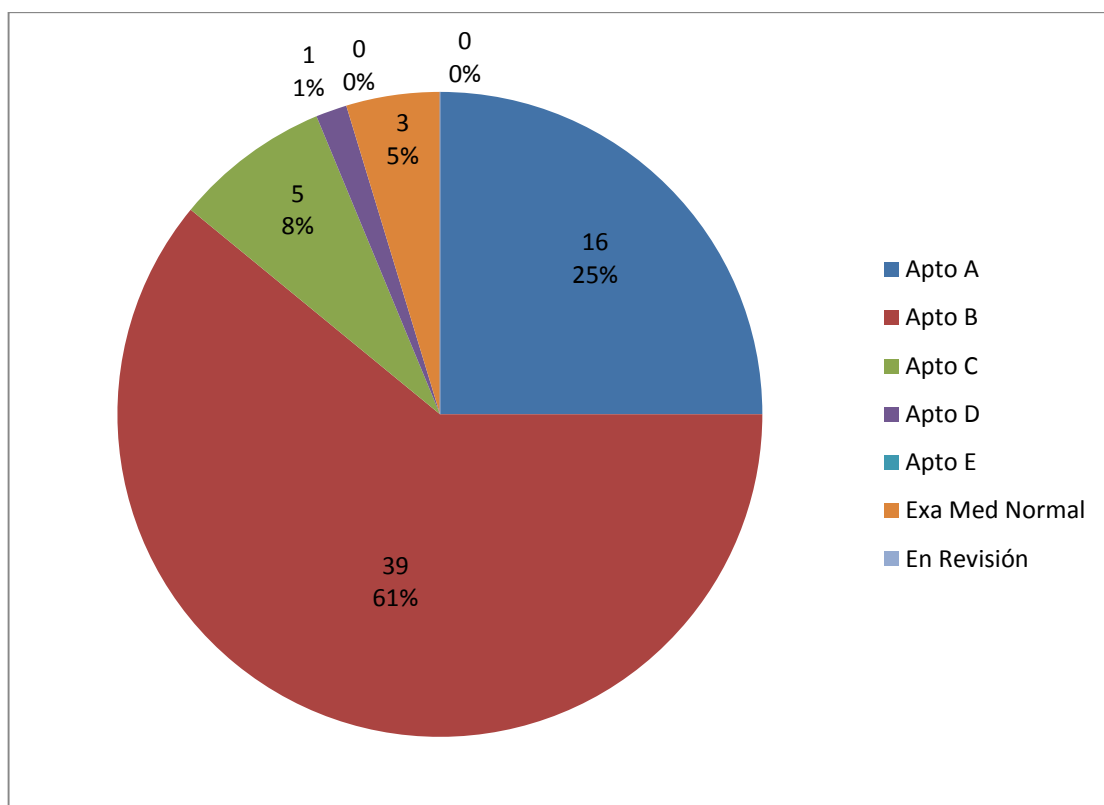
9. Formosa.



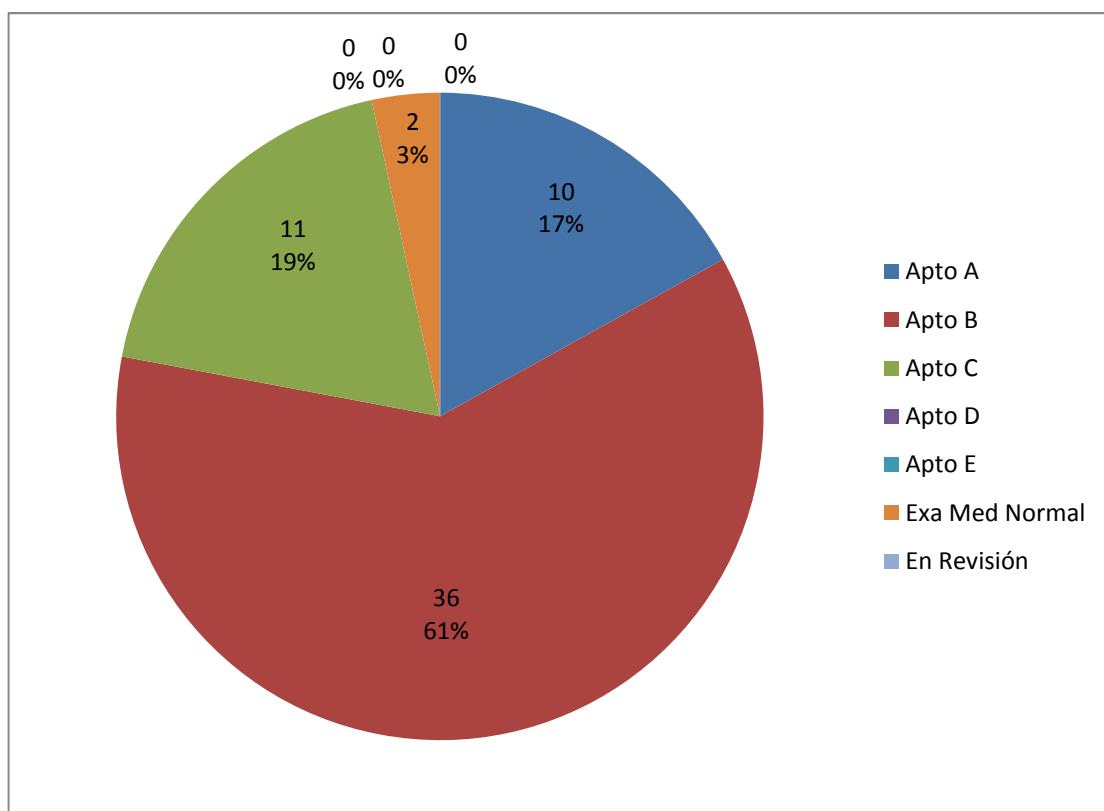
10. Jujuy.



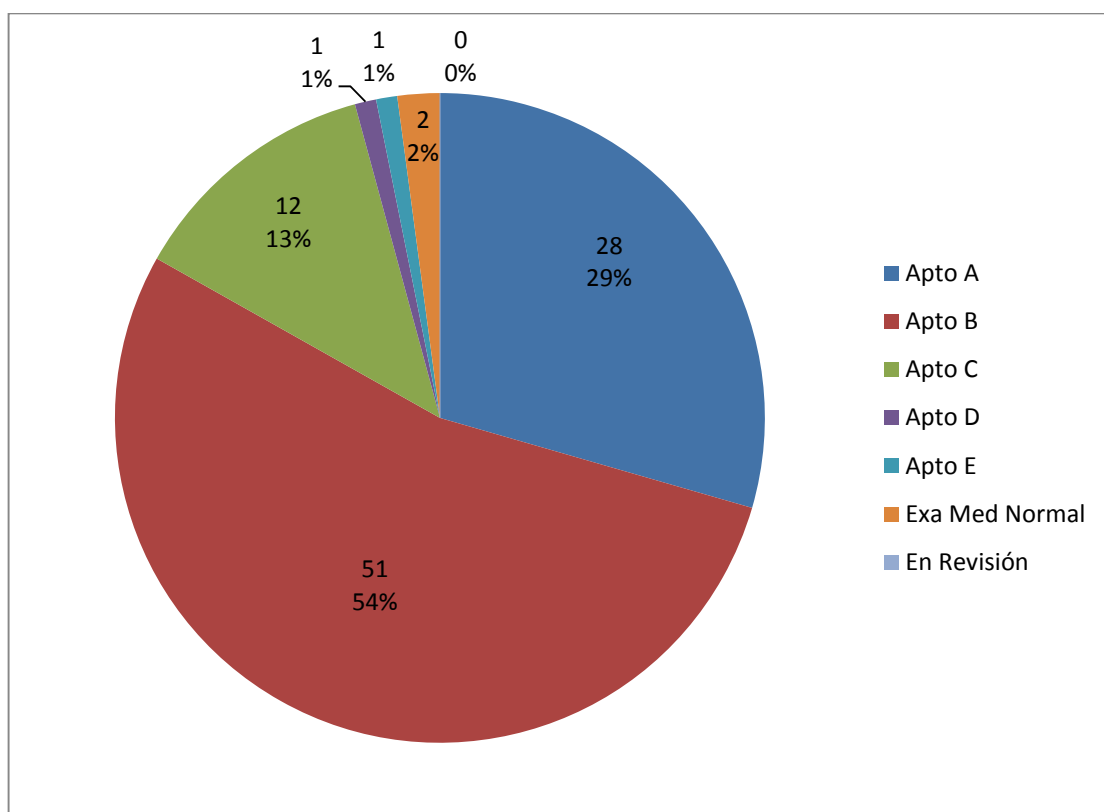
11. La Pampa.



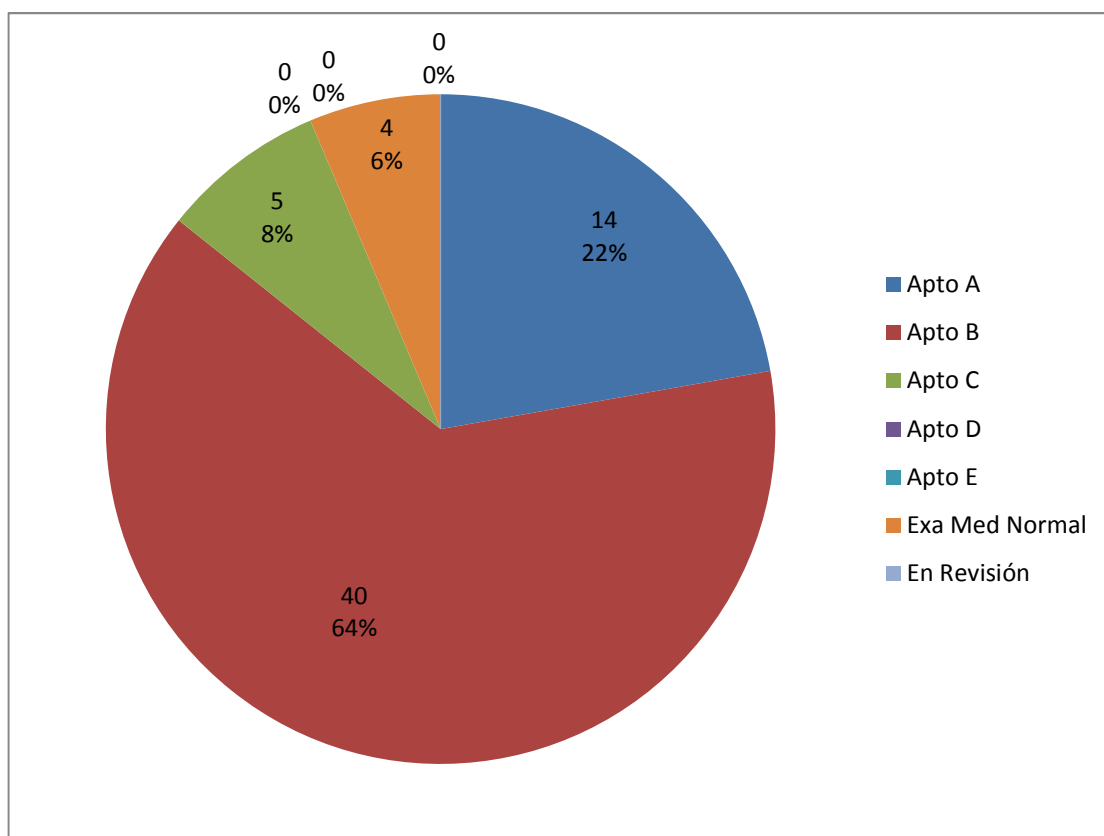
12. La Rioja.



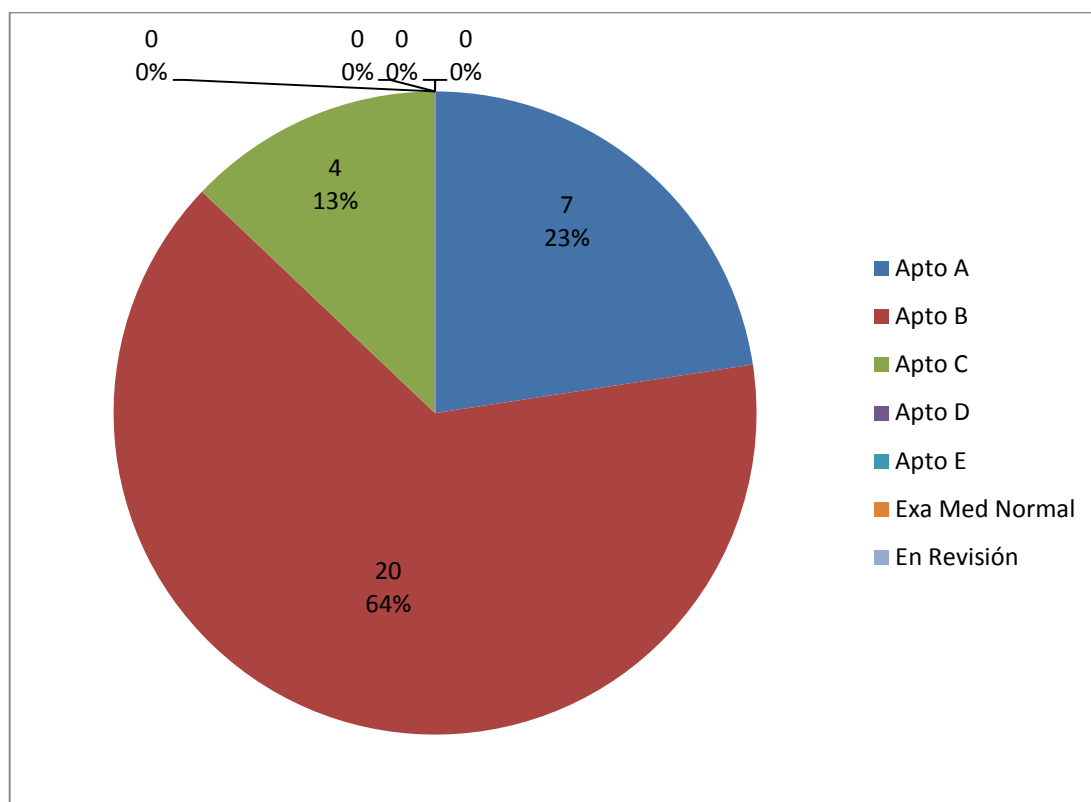
13. Mendoza.



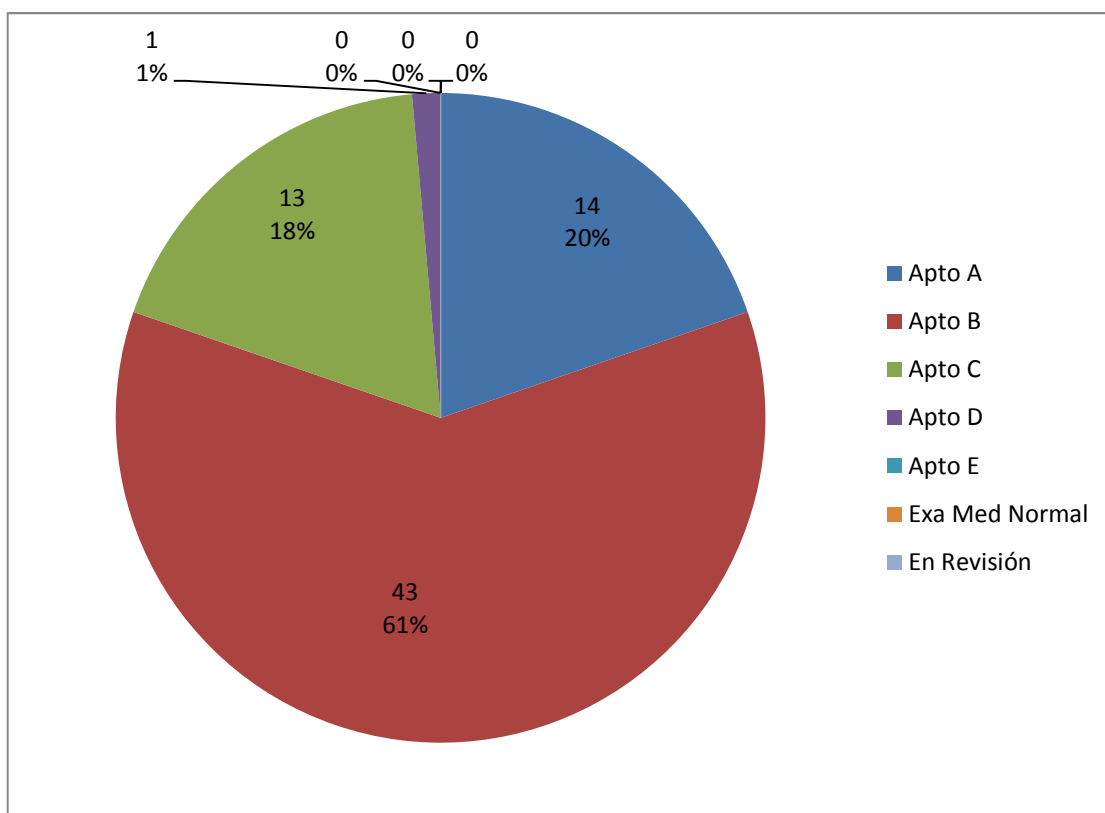
14. Misiones.



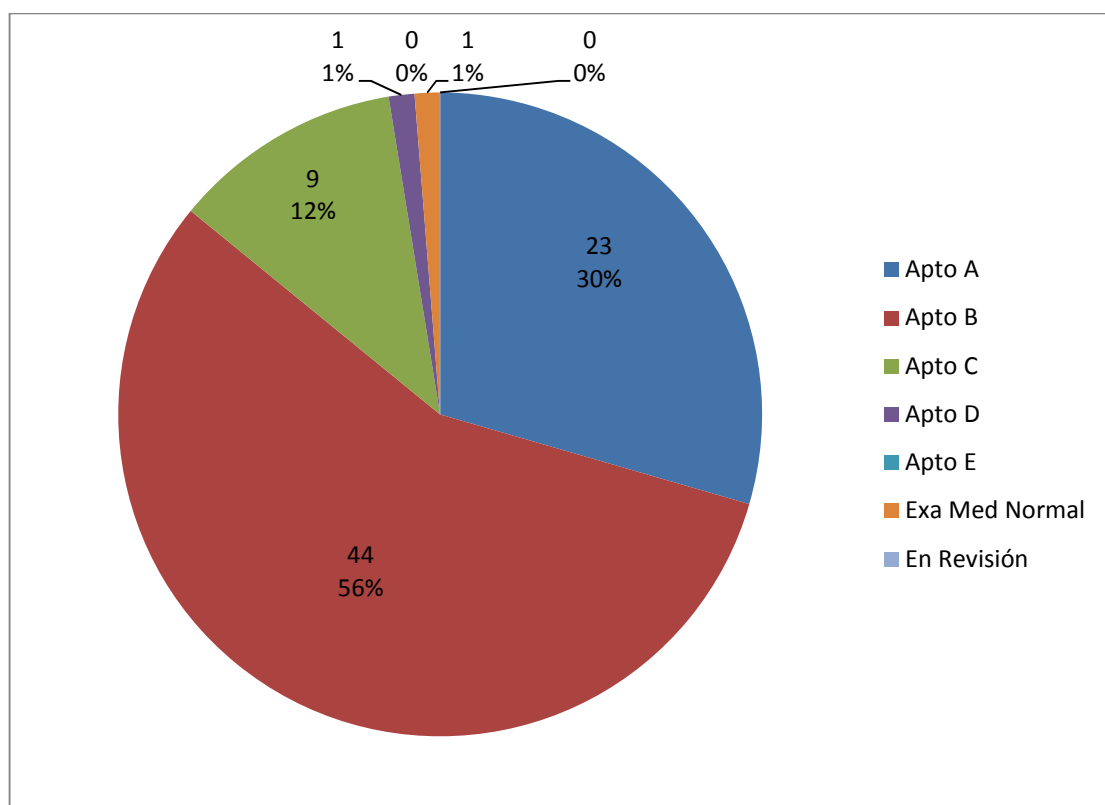
15. Neuquén.



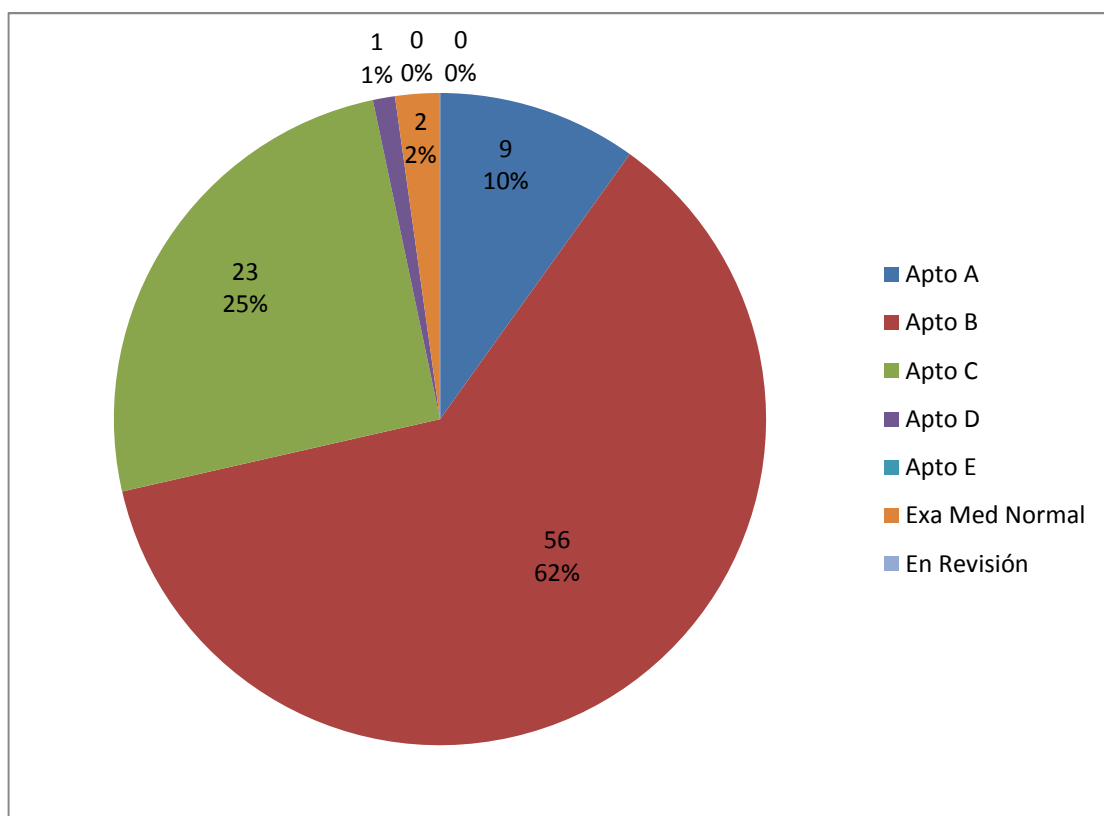
16. Río Negro.



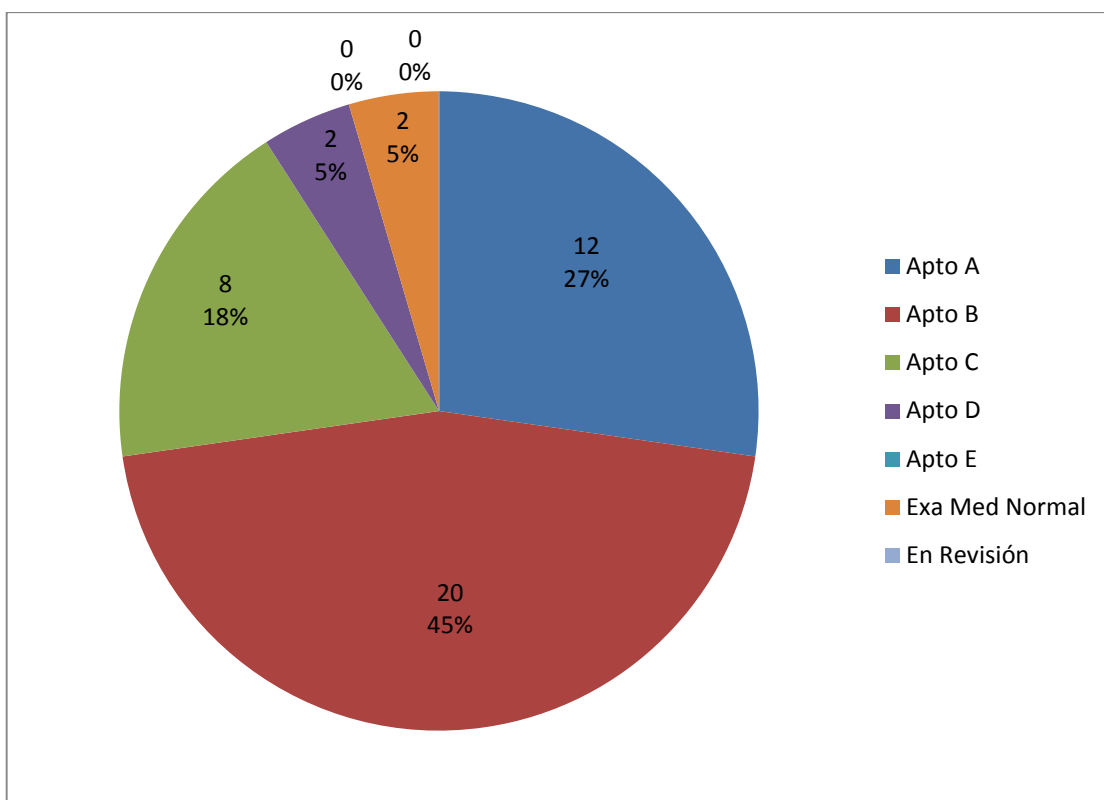
17. Salta.



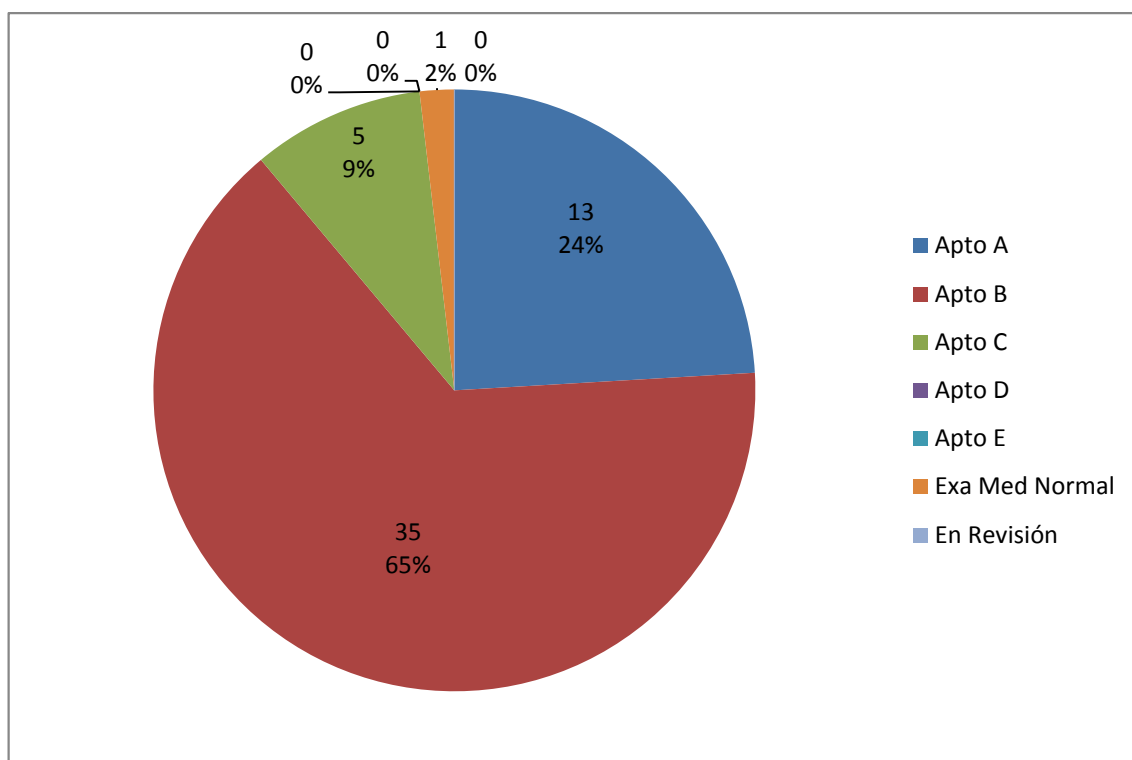
18. San Juan.



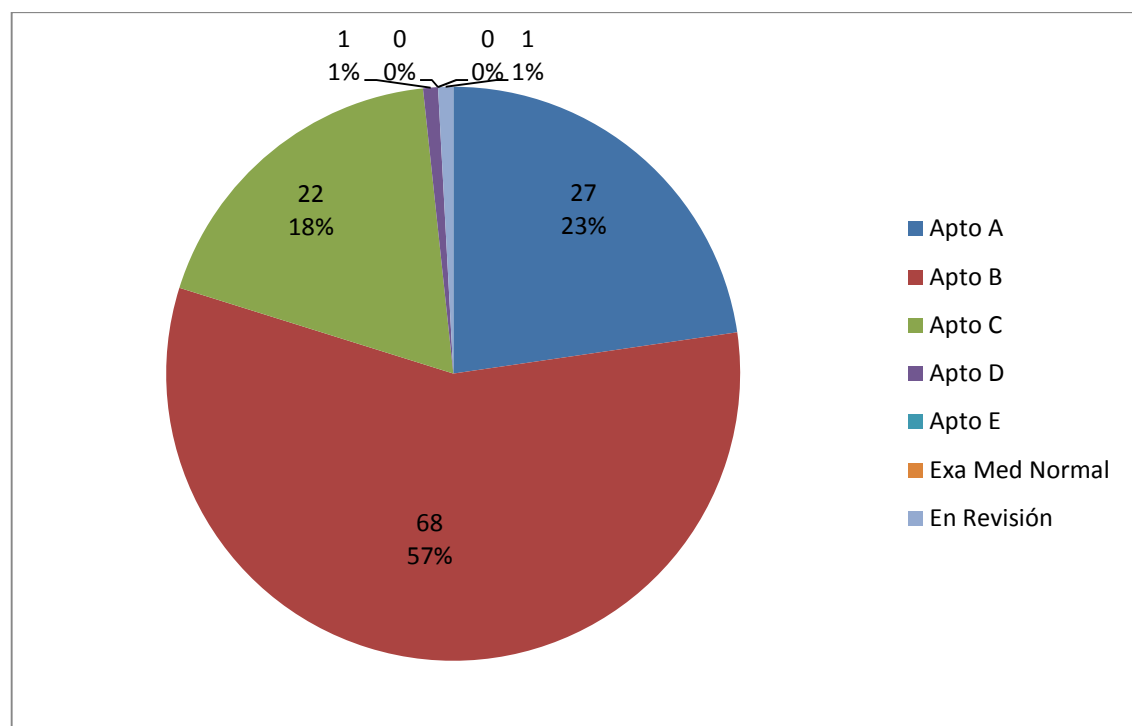
19. San Luis.



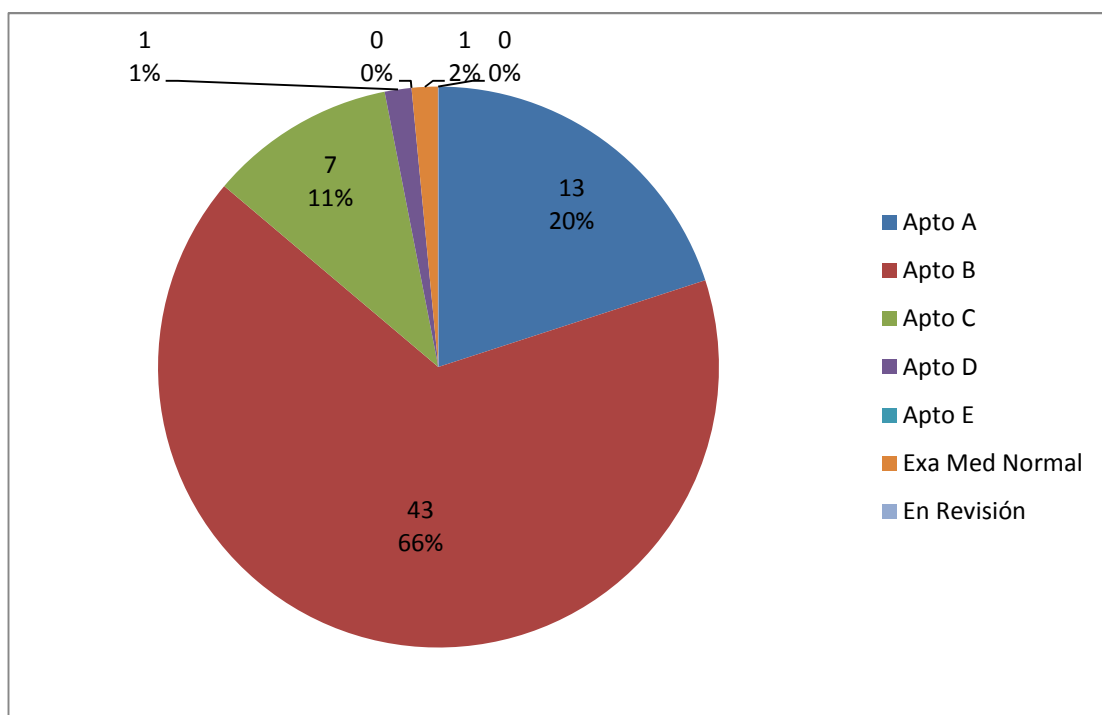
20. Santa Cruz.



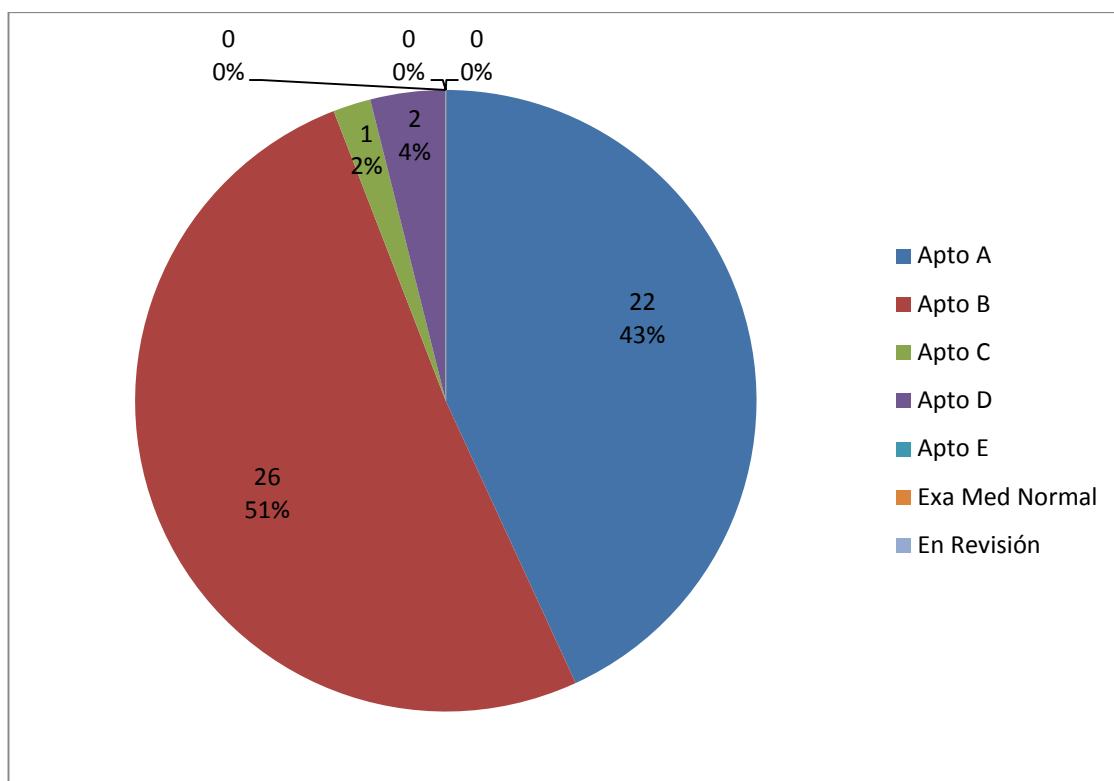
21. Santa Fe.



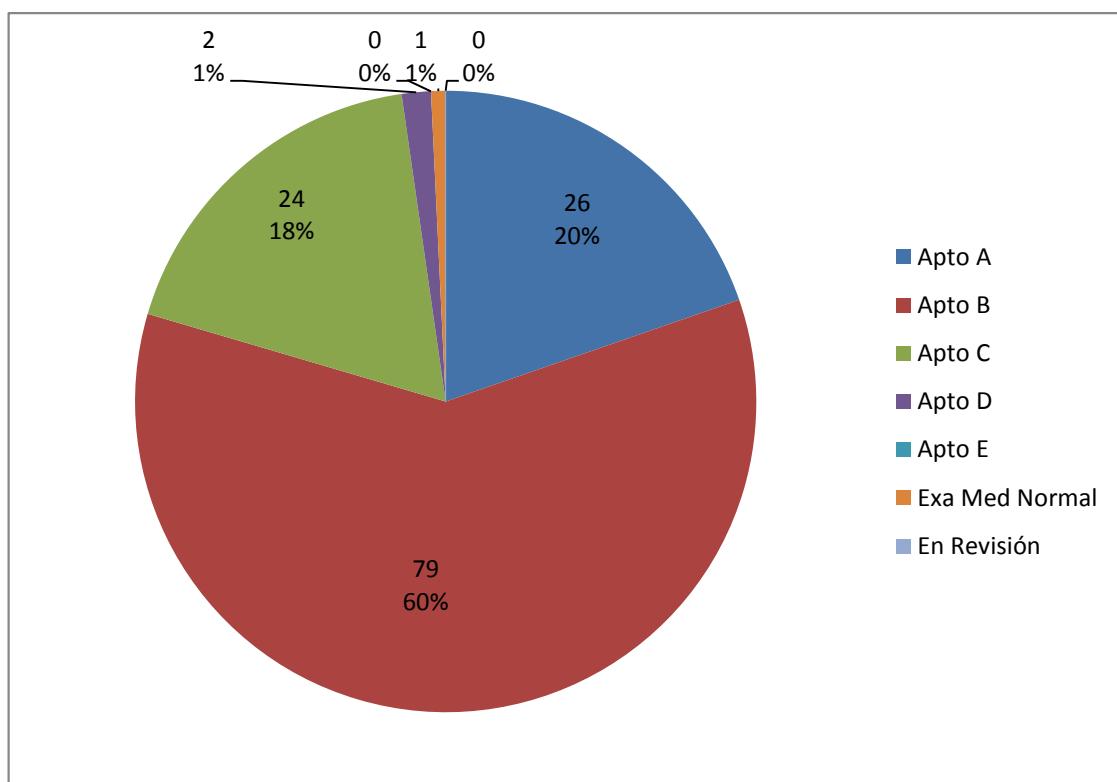
22. Santiago del Estero.



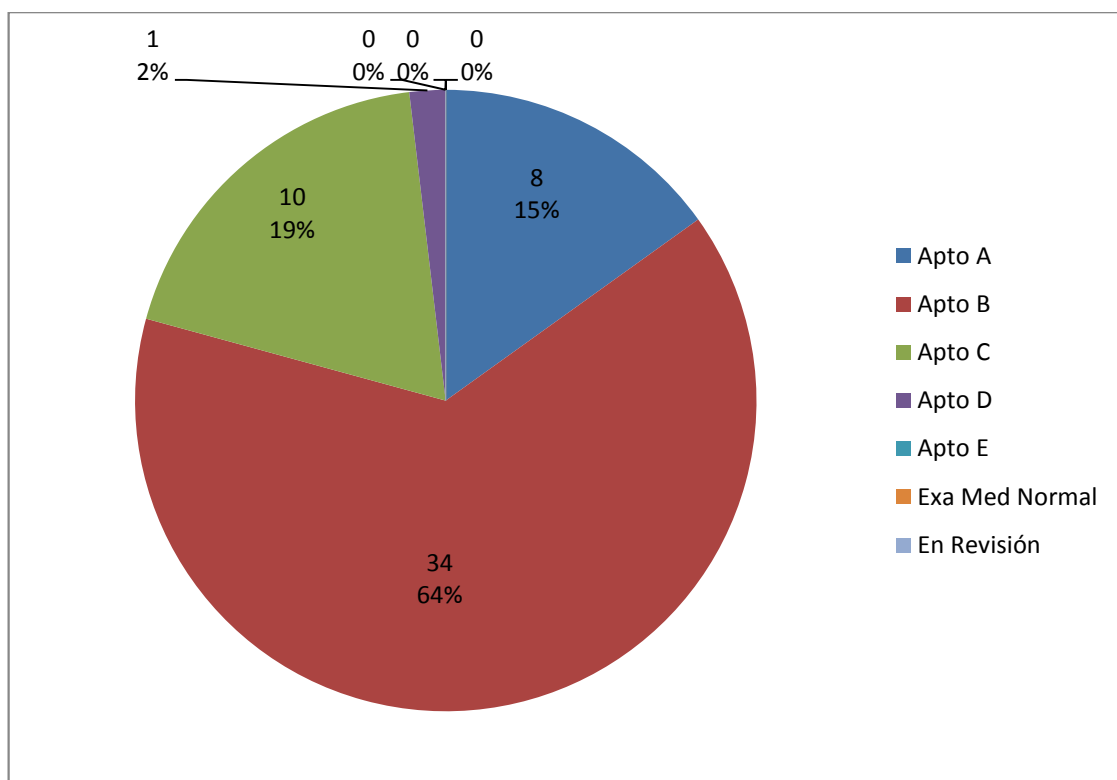
23. Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur.



24. Tucumán.



25. Extranjeros.



XIII. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

“El objeto de toda discusión no debe ser el triunfo, sino el progreso”.¹

El 46% de los evaluados fueron mujeres y el 54% hombres.²⁻³

El 27% de los examinados fueron clasificados como Apto A, el 55% como Apto B y el 13% como Apto C, es decir que el 94,99% de los evaluados se encontraban aptos para desarrollar la tarea laboral designada.

Hay semejanza en los porcentajes de los tipos de Apto entre las distintas procedencias.

De los aptos, el 94,37% (N: 2.134) eran mujeres y el 95,51% (N: 2.544) hombres.

El 3,38% de los Exámenes Prelaborales tenían algún tipo de discapacidad certificada lo que se aproximándose al porcentaje exigido por

¹ **Joseph Joubert** (1754-1824): moralista y ensayista francés.

² En la Administración Pública española las mujeres sólo ocupan el 30.75% de los puestos laborales. (www.universia.net/08/08/2005)
<http://noticias.universia.es/vida-universitaria/noticia/2005/08/08/606398/situacion-mujeres-administracion-publica.html> (consultada 09/05/2015)

³ Las mujeres representan al menos el 30 por ciento de la administración pública en muchos países, su participación parece ser muy variable y oscila entre el 70 por ciento en algunos países (por ejemplo, Ucrania con el 75 por ciento) y un porcentaje tan bajo como el 12 por ciento en otros (por ejemplo, India). Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo: *Igualdad de género en la administración pública*. Nueva York. 2014.

la Ley 25.689 (Sistema de Protección Integral de los Discapacitados), artículo 8°, que exige el 4%.

Solo se realizaron 13 Exámenes Periódicos ya que la mayoría de los trabajadores realizan tareas administrativas y excepcionalmente se ven expuestos a agresiones causadas por el trabajo. Si bien la realización de los Exámenes Periódicos queda en cabeza de las ART⁴, estos fueron realizados por cuenta del Senado de la Nación.

En el periodo estudiado no hubo necesidad de realizar Exámenes Previos a una transferencia de actividad.⁵ Los cambios de puesto de trabajo no modificaron la tarea desempeñada ya que es de índole administrativa.

⁴ **Resolución 37/2010. Superintendencia de Riesgos del Trabajo.**

Art. 3° — Exámenes periódicos: objetivos, obligatoriedad, oportunidad de su realización, contenidos y responsables.

1. Los exámenes periódicos tienen por objetivo la detección precoz de afecciones producidas por aquellos agentes de riesgo determinados por el Decreto N° 658/96 a los cuales el trabajador se encuentre expuesto con motivo de sus tareas, con el fin de evitar el desarrollo de enfermedades profesionales.
2. La realización de estos exámenes es obligatoria en todos los casos en que exista exposición a los agentes de riesgo antes mencionados, debiendo efectuarse con las frecuencias y contenidos mínimos indicados en el ANEXO II de la presente Resolución, incluyendo un examen clínico anual.
3. La realización del examen periódico es responsabilidad de la A.R.T. o Empleador Autoasegurado, sin perjuicio de que la A.R.T. puede convenir con el empleador su realización.

⁵ **Resolución 37/2010. Superintendencia de Riesgos del Trabajo.**

Art. 4° — Exámenes previos a la transferencia de actividad: objetivos, supuestos y contenidos.

1. Los exámenes previos a la transferencia de actividad tienen, en lo pertinente, los objetivos indicados para los exámenes de ingreso y de egreso.
2. En los casos previstos en el apartado siguiente, los exámenes deberán efectuarse antes del cambio efectivo de tareas.
3. Es obligatoria la realización de exámenes previos a la transferencia de actividad toda vez que dicho cambio implique el comienzo de una eventual exposición a uno o más agentes de riesgo determinados por el Decreto N° 658/96, no relacionados con las tareas anteriormente desarrolladas. La realización de este examen será, en este supuesto, responsabilidad del empleador. Los contenidos del examen serán, como mínimo, los indicados en el ANEXO II de la presente resolución.
4. Cuando el cambio de tareas conlleve el cese de la eventual exposición a los agentes de riesgo antes mencionados, el examen previsto en este artículo tendrá carácter optativo. La realización de este examen será, en este supuesto, responsabilidad de la A.R.T. o Empleador Autoasegurado.

Se realizaron 2 Exámenes Posteriores a ausencia prolongada, que son responsabilidad de la ART, pero fueron realizados por cuenta del Senado de la Nación.⁶

No se realizó ningún Exámenes Previo a la terminación de la relación laboral o de egreso.⁷

Los cuatro casos referidos de TBC ingresaron al Senado pero no se les asignó puesto laboral hasta el alta infectológica y encontrarse en condiciones laborales.

Se encontraron 100 alteraciones electrocardiográficas, 2,14% (N: 4.678): 45 bloqueos de rama derecha, 19 bloqueos de rama izquierda, 2 de rama derecha e izquierda, 34 arritmias (de distintas características). 11 se realizaron la serología para Chagas, 6 dieron negativos y 5 positivo.

⁶ Resolución 37/2010. Superintendencia de Riesgos del Trabajo.

Art. 5° — Exámenes posteriores a ausencias prolongadas: objetivos, carácter optativo, oportunidad de su realización y responsables.

1. Los exámenes posteriores a ausencias prolongadas tienen como propósito detectar las patologías eventualmente sobrevenidas durante la ausencia.
2. Estos exámenes tienen carácter optativo, pero sólo podrán realizarse en forma previa al reinicio de las actividades del trabajador.
3. La realización de este examen será responsabilidad de la A.R.T. o Empleador Autoasegurado, sin perjuicio de que estos, puedan convenir con el empleador su realización.

⁷ Resolución 37/2010. Superintendencia de Riesgos del Trabajo.

Art. 6° — Exámenes previos a la terminación de la relación laboral o de egreso: objetivos, carácter optativo, oportunidad de su realización y responsables.

1. Los exámenes previos a la terminación de la relación laboral o de egreso tendrán como propósito comprobar el estado de salud frente a los elementos de riesgo a los que hubiere sido expuesto el trabajador al momento de la desvinculación. Estos exámenes permitirán el tratamiento oportuno de las enfermedades profesionales al igual que la detección de eventuales secuelas incapacitantes.
2. Los exámenes de egreso tienen carácter optativo. Se llevarán a cabo entre los DIEZ (10) días anteriores y los TREINTA (30) días posteriores a la terminación de la relación laboral.
3. La realización de este examen será responsabilidad de la A.R.T. o Empleador Autoasegurado, sin perjuicio de que estos puedan convenir con el empleador su realización.

El compromiso electrocardíaco en los pacientes con serología positiva para Chagas oscila entre el 10 y el 40% según los estudios. Se presentan como alteraciones en la conducción, arritmias supraventriculares y arritmias ventriculares.⁸⁻⁹⁻¹⁰⁻¹¹⁻¹²

En Argentina, según estimó la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en 2006, al menos un millón seiscientas mil personas se encontraban infectadas por el parásito que causa el Chagas.

Esta cifra representa casi el 4% de la población total del país, es decir que aproximadamente cuatro de cada cien habitantes de Argentina están infectados con el *T. cruzi*. En cuanto al riesgo de contraer el parásito a través de las vinchucas se estimaba, también en 2006, que al menos siete millones trescientas mil personas se encontraban expuestas. Se calcula entonces que en Argentina al menos trescientas mil personas sufren afecciones cardíacas (cardiopatías) asociadas con la enfermedad de Chagas. En este sentido, y relacionado con el subdiagnóstico de la infección debido a la poca visibilidad del Chagas en el sistema de salud (tanto de áreas endémicas como no endémicas), los casos de cardiopatías directamente

⁸ ROMAÑA Cecilio: *Enfermedad de Chagas*. López Libreros. Buenos Aires. 1963. pp. 53-54.

⁹ ATIAS Antonio: *Parasitología Clínica*. Mediterráneo. Chile. 1992. p. 263.

¹⁰ BOTERO David, RESTREPO Marcos: *Parasitosis Humanas*. Corporación para las Investigaciones Biológicas. Medellín. 1998. p. 211.

¹¹ MITELMAN Jorge E., GIMÉNEZ Luisa, et al: *Miocardopatía chagásica un enfoque actual*. Sanofi-Aventis. Buenos Aires. 2007. pp.127-140.

¹² *Consenso de Enfermedad de Chagas-Mazza*. Revista Argentina de Cardiología; V 79, N° 6. Noviembre-Diciembre 2011, pp. 544-564.

relacionados con el *T. cruzi* reflejan solo aquellos casos de personas que han podido acceder al sistema de atención médica y que, además, han sido correctamente diagnosticadas.¹³⁻¹⁴

Más allá de toda controversia esto nos debería hacer pensar si no sería apropiado buscar la manera de realizar el diagnóstico de Chagas al realizar los Exámenes Médico Laborales teniendo presente que se encuentra prohibido según la legislación vigente¹⁵⁻¹⁶ y no así en los exámenes de rutina de las madres embarazadas¹⁷⁻¹⁸, y obligatoria en los donantes¹⁹.

¹³ ESCUDERO Carlos Hugo: Mapa *Actual de Enfermedades en Argentina*. Encrucijadas 55, octubre 2012. pp. 60-65.

¹⁴ SANMARTINO Mariana, et al: *Hablamos de Chagas: aportes para repensar la problemática con una mirada integral*. CONICET. Buenos Aires. 2015.

¹⁵ **Ley 26.281.**

Art. 5° — Prohíbese realizar reacciones serológicas para determinar la infección chagásica a los aspirantes a cualquier tipo de empleo o actividad.

¹⁶ **Resolución 37/2010. Superintendencia de Riesgos del Trabajo.**

Art. 2° — Exámenes preocupacionales: objetivos, obligatoriedad, oportunidad de su realización, contenidos y responsables. ... Queda excluida de los exámenes preocupacionales la realización de reacciones serológicas para la detección de la enfermedad de Chagas-Mazza, conforme a lo establecido en el artículo 5° de la Ley N° 26.281.

¹⁷ Es necesario solicitar análisis de laboratorio para saber sobre enfermedades infecciosas que pueden afectar el desarrollo del bebe (sífilis, VIH/sida, toxoplasmosis, chagas, rubéola, citomegalovirus, herpes genital, hepatitis B). Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Buenos Aires: *Cuidados Preconcepcionales*. <http://www.sogiba.org.ar/index.php/publicaciones/la-comunidad/22-publicaciones/la-comunidad/154-cuidados-preconcepcionales> (consultada 02/05/2015).

¹⁸ Se debe conocer el estado serológico sobre la Enfermedad de Chagas-Mazza para realizar eventuales controles y tratamiento adecuado. Ministerio de Salud: *Recomendaciones para la Práctica del Control preconcepcional, prenatal y puerperal*. 2013. p. 22.

¹⁹ **Ley 26.281.**

Art. 4° — Es obligatoria la realización y la notificación de las pruebas diagnósticas establecidas según Normas Técnicas del Ministerio de Salud, en toda mujer embarazada, en los recién nacidos, hijos de madres infectadas, hasta el primer año de vida y en el resto de los hijos, menores de CATORCE (14) años de las mismas madres y, en general, en niños y niñas al cumplir los SEIS (6) y DOCE (12) años de edad, según establezca la autoridad de aplicación.

La Ley 26.281 prohíbe realizar las reacciones serológicas para determinar la infección chagásica a los aspirantes a cualquier tipo de empleo o actividad. Con lo cual hecha por tierra lo que dice en sus considerandos de querer actuar realizando prevención, ya que le quita a la Medicina del Trabajo, la posibilidad de hacerla.²⁰

El trabajador al que se pretende defender, es discriminado doblemente por esta ley:

1- Porque le están quitando la posibilidad de conocer su patología para actuar en forma preventiva antes de entrar a trabajar, aunque en la letra de la misma se pretenda lo contrario.

2- Porque no hay que olvidar que ésta es una patología que está considerada Enfermedad Profesional, lo que significa en tal caso que la ART, debe correr con todos los gastos. Pero es el trabajador quien debe demostrar que contrajo la Enfermedad de Chagas en el transcurso de su trabajo. Entonces, ¿cómo va a demostrar el empleado que contrajo la

Son obligatorios los controles serológicos en donantes y receptores de órganos, tejidos y de sangre a transfundir. Los análisis deben ser realizados por establecimientos sanitarios públicos y privados de todo el territorio nacional, de acuerdo con normas técnicas de diagnóstico del Ministerio de Salud.

²⁰ Realmente no se comprende porque el legislador aquí, se contradice a sí mismo y al espíritu de esta ley, porque en primer lugar señala en el artículo primero que: “Declárase de interés nacional y asígnase carácter prioritario, dentro de la política nacional de salud del Ministerio de Salud, y en el marco de la estrategia de Atención Primaria de la Salud, a la prevención y control de todas las formas de transmisión de la enfermedad de Chagas, hasta su definitiva erradicación de todo el territorio nacional”.

Y en el artículo segundo señala: “A los fines de la presente ley, el Poder Ejecutivo debe desarrollar intervenciones que permitan dar respuestas preventivas y de tratamiento de índole ambiental, laboral, sanitaria, educativa y de vivienda y hábitat saludable”.

Después en su artículo quinto prohíbe la realización de reacciones serológicas para determinar la infección chagásica a los aspirantes a cualquier tipo de empleo o actividad, con lo cual evidencia una contradicción importante. Quiere que se erradique la enfermedad y que se haga prevención, pero ¿prohíbe la realización en los Exámenes Médico Laborales?

enfermedad en el trabajo, si no le dejan realizar el examen de serología antes de ingresar?

Como vemos esto es una incongruencia que el individuo no lo podrá demostrar, y de esa manera las únicas beneficiadas serán las ART.

El empleador también es discriminado por que no puede conocer el estado de salud de su futuro empleado por parte de su Médico del Trabajo, único capacitado para decir que tareas puede o no puede realizar. Entonces puede ocurrir que se lo mande a un trabajo no recomendable con la consiguiente responsabilidad de la patronal.

El Médico del Trabajo también está discriminado en su sana práctica de la Prevención de Riesgos Laborales. Debe ser la única Especialidad Médica en que le prohíben realizar por ley, lo que debe hacer en el ejercicio correcto de su profesión.²¹⁻²²

También se le hace una discriminación a su verdadera esencia, porque el Médico del Trabajo, debe realizar todas las reacciones y diagnósticos que le indican la Ley de Higiene y Seguridad²³, la Ley de

²¹ Es tan absurdo como prohibir a un cardiólogo tomar la tensión arterial, o a un especialista en ORL, realizar una audiometría.

²² La Medicina del Trabajo no tiene como único objetivo el Control de Ausentismo, la Medicina del Trabajo es fundamentalmente Preventiva.

²³ **Ley 19.587.**

Art. 5° — A los fines de la aplicación de esta ley considéranse como básicos los siguientes principios y métodos de ejecución:

- a)** creación de servicios de higiene y seguridad en el trabajo, y de medicina del trabajo de carácter preventivo y asistencial;
- o)** realización de exámenes médicos pre-ocupacionales y periódicos, de acuerdo a las normas que se establezcan en las respectivas reglamentaciones.

Riesgos del Trabajo²⁴, el Decreto 1338/96²⁵, la Resolución 905/2015 SRT²⁶, más las que su libre albedrío como Médico considere que es de utilidad para relacionar la salud del postulante con el futuro puesto de trabajo.²⁷⁻²⁸

Todo esto atentos a que es recomendable el tratamiento farmacológico de la enfermedad de Chagas en etapa aguda, crónica y congénita.²⁹⁻³⁰⁻³¹⁻³²⁻³³⁻³⁴

Art. 10° — Sin perjuicio de lo que determinen especialmente los reglamentos, el trabajador estará obligados a:

b) someterse a los exámenes médicos preventivos o periódicos y cumplir con las prescripciones e indicaciones que a tal efecto se le formulen;

²⁴ **Ley N° 24.557.**

Art. 1° — Normativa aplicable y objetivos de la Ley sobre Riesgos del Trabajo (LRT).

1. La prevención de los riesgos y la reparación de los daños derivados del trabajo se regirán por esta LRT y sus normas reglamentarias.

²⁵ **Decreto 1338/96.**

Art. 5° — Servicio de Medicina del Trabajo. El Servicio de Medicina del Trabajo tiene como misión fundamental promover y mantener el más alto nivel de salud de los trabajadores, debiendo ejecutar, entre otras, acciones de educación sanitaria, socorro, vacunación y estudios de ausentismo por morbilidad. Su función es esencialmente de carácter preventivo, sin perjuicio de la prestación de la asistencia inicial de las enfermedades presentadas durante el trabajo y de las emergencias médicas ocurridas en el establecimiento, hasta tanto se encuentre en condiciones de hacerse cargo el servicio médico que corresponda.

²⁶ **Resolución 905/2015. Superintendencia de Riesgos del Trabajo.**

ANEXO III

FUNCIONES DEL SERVICIO DE MEDICINA DEL TRABAJO

4. Elaborar un procedimiento para determinar los requerimientos de los exámenes médicos preocupacionales en función del puesto de trabajo que ocupará cada uno de los trabajadores en el establecimiento.

²⁷ Tener serología positiva no quiere decir que se está enfermo, pero sí es necesario saberlo para aconsejar al trabajador.

²⁸ Si algún patrón o Médico del Trabajo por desconocimiento, negligencia o mala fe realiza algo incorrecto con la información de serología positiva, está incurriendo en una grave falta que además de ser una incongruencia y antiético, es ilegal. Los actos incorrectos o ilegales de los médicos deberán ser corregidos por la Justicia y no por la Prevención.

²⁹ BOTERO David, RESTREPO Marcos: op. cit. p. 222.

³⁰ OMS: *Control de la Enfermedad de Chagas*. Informe Técnico 905. Ginebra. 2002.

³¹ MITELMAN Jorge E., GIMÉNEZ Luisa, et al: op. cit. p.199-201.

La realización serología para HIV en los Exámenes Médico Laborales es un tema que se debería discutir ya que tiene razones similares a las de la serología para Chagas cumpliendo un aspecto preventivo sanitario, entendiendo que a pesar del tiempo transcurrido sigue siendo un diagnóstico estigmatizante, es por ello que en principio debería ser opcional y a solicitud del trabajador, teniendo en cuenta los principios enunciados en la Ley Nacional de Sida.³⁵

Resulta incongruente, podríamos decir desopilante, que se le exija la serología para HIV a quienes se quieran radicar en nuestro país y no a los argentinos.³⁶ Del mismo modo se le exige VDRL, PPD, vacuna doble (difteria, tétanos), Anti-Hepatitis A y B para la obtención de la Libreta Sanitaria en la Ciudad de Buenos Aires al igual que en otros distritos del país.³⁷

³² CECCHINI Emilio, GONZÁLEZ AYALA Silvia E.: *Infectología y Enfermedades Infecciosas*. Journal. Buenos Aires. 2007. pp. 603-605.

³³ GIMÉNEZ Luisa, MITELMAN Jorge E., et al: *Enfermedad de Chagas Mazza en las grandes ciudades*. Roemmers. Buenos Aires. 2008. pp. 102-104.

³⁴ *Consenso de Enfermedad de Chagas-Mazza*. Revista Argentina de Cardiología; V 79, N° 6. Noviembre-Diciembre 2011, pp. 544-564.

³⁵ **Ley N° 23.798. Ley Nacional de Sida.**

Art. 1° — Declárase de interés nacional a la lucha contra el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, entendiéndose por tal a la detección e investigación de sus agentes causales, el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, su prevención, asistencia y rehabilitación, incluyendo la de sus patologías derivadas, como así también las medidas tendientes a evitar su propagación, en primer lugar la educación de la población.

³⁶ **Ley 23.798. Ley Nacional de SIDA.**

Art. 9° — Se incorporará a los controles actualmente en vigencia para inmigrantes que soliciten su radicación definitiva en el país, la realización de las pruebas de rastreo que determine la autoridad de aplicación para la detección del VIH.

³⁷ **Ley 2183. Libreta Sanitaria. Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.**

Solamente se encontraron 7 personas con problemas bucodentales (caries), número muy inferior al referido en la bibliografía.³⁸

Art. 4º — Deben poseer obligatoriamente Libreta Sanitaria las personas afectadas a las siguientes actividades:

I-Alimentación.

Personas que intervengan en los distintos procesos que abarcan la industrialización, depósito, transporte, manipulación y venta de productos alimenticios.

Personas que se desempeñan en la venta y manipulación ambulante de productos alimenticios.

Personas que efectúan reparto de comidas a domicilio (delivery).

Personal de los establecimientos que ofrecen servicios de lunch o catering, para fiestas u otros eventos.

II-Transporte.

Personal a cargo de la conducción y cuidado de pasajeros y/o traslado en los vehículos destinados al transporte de personas que concurren a instituciones asistenciales, educacionales y/o deportivas y traslado de grupos turísticos.

III-Servicios sociales.

Personal a cargo del cuidado de lactantes, niños o ancianos en guarderías, jardines maternales, comedores comunitarios, hogares o establecimientos geriátricos, asilos y en atención de personas con necesidades especiales.

IV-Servicio doméstico.

Personal que se desempeña en función de dependencia para quehaceres domésticos.

V-Servicios de peluquería y afines.

Personal que se desempeña en peluquerías, institutos de belleza, spa, masajes y saunas.

VI-Natatorios.

Personal que se desempeña en natatorios públicos, comerciales y semipúblicos.

VII-Hoteles y afines.

Personal que desempeña tareas de limpieza, mozos o personal de cocina de hoteles, pensiones, hoteles alojamiento, apart hotel, hostel y albergues transitorios.

Estudiantes de escuelas de gastronomía en los casos que comercialicen su producción, realicen donación de la misma y realicen pasantías educativas.

VIII-Actividades vinculadas con la aplicación de tatuajes, perforaciones, micropigmentación u otras similares.

Personal que se desempeña en actividades vinculadas con la aplicación de tatuajes, perforaciones, micropigmentaciones u otras similares de conformidad a lo indicado en la Ley N° 1.897.

ANEXO I

REGLAMENTO PARA EL OTORGAMIENTO DE LA LIBRETA SANITARIA

5º.-Se establecen para la obtención de la Libreta Sanitaria los siguientes estudios y exámenes:

Examen clínico general.

Análisis de laboratorio (eritrosedimentación y hemograma completo).

Reacciones biológicas (reacciones serológicas de la sífilis y tuberculínicas).

Inmunizaciones obligatorias por ley en los casos que corresponda.

Exámenes complementarios en caso de corresponder.

Placa de tórax.

Vacuna Doble Adulto.

Para las actividades contempladas en el artículo 4º rubros I, III y VIII debe complementarse, de manera obligatoria, con la aplicación de la vacuna Anti-Hepatitis A.

Para la actividad contemplada en el artículo 4º, rubro V debe complementarse, de manera obligatoria, con la aplicación de la vacuna Anti-Hepatitis B.

³⁸ De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, la caries constituye la enfermedad más prevalente del mundo. OMS: *Continuous improvement of Oral Health in the 21st. Century the Approach of the WHO Global Oral Health Programme*. Switzerland. World Oral Health Report, 2003.

Las 168 leucocitosis fueron reevaluadas personalmente y 145 (86,30%) presentaron algún tipo de patología bucodental (caries).

A pesar de ello solo se encontraron 152 patologías bucodentales, 3,25% del universo estudiado (N: 4.678).³⁹

Esto nos hace pensar que si bien se examina la cavidad bucal, no se hace correctamente y no se le da la importancia que tiene.⁴⁰⁻⁴¹

En nuestro estudio se hallaron 52 personas con antecedentes de cáncer, predominando el cáncer de mama en las mujeres (19 casos) y el

³⁹ El 60%-90% de los escolares y casi el 100% de los adultos tienen caries dental en todo el mundo. Las caries dentales pueden prevenirse manteniendo de forma constante una baja concentración de fluoruro en la cavidad bucal. Las enfermedades periodontales graves, que pueden desembocar en la pérdida de dientes, afectan a un 15%-20% de los adultos de edad media (35-44 años). Alrededor del 30% de la población mundial con edades comprendidas entre los 65 y los 74 años no tiene dientes naturales. Las dolencias bucodentales, tanto en niños como en adultos, tienden a ser más frecuentes entre los grupos pobres y desfavorecidos. OMS: *Salud bucodental*. Nota informativa N°318. Abril de 2012.

⁴⁰ Investigadores llegaron a la conclusión de que el 65% de los niños menores de 5 años está afectado; que hay mayor probabilidad de sufrirla cuando no se previene, y que está asociada a la marginalidad debido al difícil acceso a centros de salud. Fernández Claudia: *Caries, "una enfermedad trazadora de pobreza"*. Universidad Nacional de Cuyo. Facultad de Odontología. Diciembre de 2008. http://argentinainvestiga.edu.ar/noticia.php?titulo=caries,%93una_enfermedad_trazadora_de_pobreza%94&id=310#.VzP3OIhDcs (consultada 02/02/2016).

⁴¹ En la actualidad, en Argentina no se conocen estudios que aporten datos sobre el estado de salud bucal de la población adulta de nuestro país, lo que resalta la importancia de este estudio pionero en un tema de vital importancia como lo es la salud bucal de nuestra población. En cuanto a las patologías que indagará la investigación epidemiológica, las estadísticas internacionales indican que el principal problema de salud bucal de los países no desarrollados es la caries dental, que afecta entre el 60% y el 90% de los estudiantes jóvenes y al 92% de la población adulta. La enfermedad periodontal es una patología inflamatoria multifactorial crónica producida por distintos microorganismos, que puede conducir a la pérdida de las piezas dentales. Afecta en promedio al 80% de la población, tasa que varía según las características socioculturales. Argentina cuenta con algunos datos acerca de esta enfermedad, pero éstos no describen la prevalencia (número de casos) ni la severidad con que se presenta. Tampoco existen estadísticas nacionales sobre las alteraciones en la oclusión o mordida, la cual está vinculada a la articulación de la mandíbula, por lo que pueden ocasionar patologías cráneo-cervicales, además de problemas estéticos y fonéticos. En lo referido al cáncer bucal, las estadísticas mundiales varían de 1 a 10 casos cada 100.000 habitantes en la mayoría de los países, con una prevalencia levemente mayor en hombres mayores de 40 años, así como en personas de bajos ingresos, entre otras variables. LÓPEZ de BLANC Silvia: *Un estudio epidemiológico sobre salud bucal inédito en el país*. Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Odontología. Abril de 2014. http://argentinainvestiga.edu.ar/noticia.php?titulo=un_estudio_epidemiologico_sobre_salud_bucal_inedito_en_el_pais&id=2081#.VzP3gIhDcv (consultada 02/02/2016).

cáncer de próstata en los hombres (10 casos).⁴² Todos fueron clasificados como Apto C⁴³.

De los 100 diabéticos, 2,14% del universo estudiado (N: 4.678), 13 eran DBT Tipo I y 87 DBT Tipo II. De entre 18 a 69 años, con una mediana de 50 años. Solamente 4 tenían más de 65 años. Estos números son inferiores a los publicados por el Ministerio de Salud.⁴⁴

297 eran hipertensos (6,35% del universo en estudio), 84 mujeres y 213 hombres, de 19 a 70 años, con una mediana de 52 años.⁴⁵

De las personas de 18 a 24 años (N: 947), 7,6% eran hipertensos, número inferior al de las estadísticas nacionales.⁴⁶

⁴² La incidencia de cáncer en nuestro país es de 216,7 X 100.000 habitantes. El cáncer de mayor incidencia en las mujeres es el de mama (71/0000) y en los hombres el de próstata (44/0000). Ministerio de Salud: *Estadísticas*. <http://www.msal.gov.ar/inc/index.php/acerca-del-cancer/estadisticas> (consultada 14/05/2016).

⁴³ **Apto C:** Con los estudios realizados, el postulante presenta, en el momento del examen, signos o síntomas no corregibles que no impiden el desempeño de las tareas requeridas para la posición. Para realizar un cambio de posición deberá hacer una consulta médico laboral previa.

⁴⁴ La prevalencia de diabetes en la población de 18 años y más es de 9,8%, de 2,9% en el grupo de 18 a 24 años y un máximo de 20,3% entre el segmento de 65 años y más. Ministerio de Salud de la Nación, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos: *Tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades No Transmisibles*. Argentina. 2015.

⁴⁵ En Argentina No existen estudios poblacionales aleatorios de alcance nacional que hayan investigado la prevalencia de hipertensión arterial (HTA) con mediciones directas de la presión arterial (PA). Las prevalencias obtenidas en los estudios regionales publicados que figuran en PubMed van del 29% al 39,8%, que definieron HTA como PA sistólica (PAS) ≥ 140 y/o diastólica (PAD) ≥ 90 mmHg, y que fueron realizados con mediciones directas de la PA sobre muestras aleatorias de población no seleccionada (Ciudad de Buenos Aires, Ciudad de La Plata, Gral. Belgrano, Rosario, Rauch (Pcia. Bs. As.), Ciudad de Córdoba, Dean Funes (Córdoba) y 4 ciudades del Centro del país). En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires una prevalencia de 29% entre los 25 y 64 años, más alta que en otras ciudades latinoamericanas. En poblaciones aborígenes se ha encontrado una prevalencia de 25,2% en comunidades Tobas (Pcia. del Chaco) y de 28% en Wichis-Chorotes (Pcia. de Salta). En un estudio sobre 3154 estudiantes de medicina, con una edad media de 21 años y utilizando el promedio de tres determinaciones en una ocasión, se halló una prevalencia de 12% (varones 20%, mujeres 6%). La prevalencia de HTA a los 65-74 años oscila en la Argentina entre 45,9% y 81,7%. Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial: *Guías de la Sociedad Argentina de Hipertensión para el Diagnóstico, Estudio, Tratamiento y Seguimiento de la Hipertensión Arterial*. Boletín N° 3. Agosto 2011. http://www.saha.org.ar/1/pdf/GUIA_SAHA_VERSION_COMPLETA.pdf (consultada 10/03/2015).

De las personas de 64 a 73 años (N: 47), el 4,25% eran hipertensos, número muy inferior al de las estadísticas nacionales.⁴⁷

Se encontraron 32 obesos, 0,69% del universo estudiado, cifra significativamente menor al de las estadísticas nacionales.⁴⁸

52 personas, 1,11% del universo estudiado (N: 4.678) tenían algún trastorno psicopsiquiátrico, cifra significativamente menor al de las estadísticas nacionales.⁴⁹

1.778 del universo estudiado, (38%), tenían una agudeza visual de 10/10 en ambos ojos. De ellos 169 usaban lentes de corrección. Es decir que 2.900 personas (62%) tenían disminuida su agudeza visual.⁵⁰ Esto denota un problema sanitario importante, ya que más de la mitad de los

⁴⁶ La prevalencia de HTA en personas de 18 a 24 años es del 12,8%. Ministerio de Salud de la Nación, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos: *Tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades No Transmisibles*. Argentina. 2015.

⁴⁷ La prevalencia de HTA en mayores de 64 años es del 62,1%. Ministerio de Salud de la Nación, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos: *Tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades No Transmisibles*. Argentina. 2015.

⁴⁸ En nuestro país 2 de cada 10 mayores de 18 años presentaron obesidad. Ministerio de Salud de la Nación, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos: *Tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades No Transmisibles*. Argentina. 2015.

⁴⁹ Para el año 2010, en la población de 15 y más años en Argentina se estimaba que probablemente el 21% padecía alguno de los trastornos mentales. Ministerio de Salud de la Nación: *Estimación de la Población Afectada de 15 años y más por Trastornos Mentales y del Comportamiento en Argentina*. 2010.

⁵⁰ En términos mundiales, los errores de refracción no corregidos constituyen la causa más importante de discapacidad visual, pero en los países de ingresos medios y bajos las cataratas siguen siendo la principal causa de ceguera. Las principales causas de discapacidad visual son: errores de refracción (miopía, hipermetropía, presbicia o astigmatismo) no corregidos: 43%; cataratas no operadas: 33%; glaucoma: 2%. OMS: *Ceguera y discapacidad visual*. Nota descriptiva N° 282. Agosto de 2014.

evaluados necesitarían usar lentes de corrección o tratar la patología que les produce disminución de su agudeza visual.⁵¹⁻⁵²

Si bien la normativa vigente exige la realización de exámenes médico laborales a todos los trabajadores, los mismos adolecen de fallas no poco importantes, y es el estado quien debe atender a esta situación.⁵³

Si tenemos presente que la Medicina del Trabajo es fundamentalmente preventiva, los Exámenes Médico Laborales deberían incluir otros puntos además de los referidos anteriormente como la serología para hepatitis⁵⁴, la inmunización (vacunación)⁵⁵⁻⁵⁶⁻⁵⁷⁻⁵⁸ para distintas patologías⁵⁹, etc.⁶⁰

⁵¹ Los trabajos publicados que estudian la disminución de la agudeza visual en Argentina, están realizados en escolares menores de 6 años, datos que no nos son de utilidad para nuestro trabajo ya que muchos de estos problemas se solucionan cuando el aparato de la visión termina de madurar por completo.

⁵² Este estudio arroja datos comparables aunque el universo en estudio es significativamente inferior al nuestro (N: 54). “Sólo 3 casos (5,56%) reconocen ver mal; 20 (37,04%) han utilizado corrección en algún momento de su vida; 12 (22,22%) utilizan corrección; en 32 (60,38%) sería altamente recomendable el uso de corrección. Ningún caso (0%) de los usuarios de corrección posee corrección de repuesto (en gafas)”. MEDIN CATOIRA J., MEDIN MEDIN J.H., LÓPEZ BERRUEZO J.: *Optimización de la agudeza visual en las FAS (Fuerzas Armadas españolas)*. Sanid. Mil. vol.67 N°2. Madrid abr.-jun. 2011.

⁵³ “Los que gobiernan deberán atender a la defensa de la comunidad y de sus miembros. De la comunidad, porque la naturaleza confió su conservación a la suma potestad, hasta el punto que la custodia de la salud pública no es sólo la suprema ley, sino la razón total del poder; de los miembros, porque la administración del Estado debe tender por naturaleza no a la utilidad de aquellos a quienes se ha confiado, sino de los que se le confían, como unánimemente afirman la filosofía y la fe cristiana”. Carta encíclica *Rerum novarum* del sumo pontífice León XIII sobre la situación de los obreros. 15 de mayo de 1891.

⁵⁴ Hepatitis B: Se debe identificar a las mujeres no vacunadas, en especial aquéllas con factores de riesgo, e inmunizarlas aún en el embarazo ya que el tipo de vacuna no lo contraindica. Ministerio de Salud: *Recomendaciones para la Práctica del Control preconcepcional, prenatal y puerperal*. 2013. p. 20.

⁵⁵ Las vacunas son uno de los más importante adelantos de la medicina en el siglo XX. Su uso permitió salvar millones de vidas y ha sido determinante de la disminución de la mortalidad infantil en el mundo. La administración de una vacuna implica beneficio que se expresa por protección total o parcial contra la enfermedad y un riesgo bajo de reacción adversa o colateral. GONZÁLEZ AYALA *Silvia Elena: Vacunas*. En: BARRAGÁN Horacio Luis, et al.: *Fundamentos de Salud Pública*. Editorial de la Universidad Nacional de La Plata. La plata. 2007. pp. 671-672.

⁵⁶ **Decreto 1338/96.**

Art. 5° — Servicio de Medicina del Trabajo. El Servicio de Medicina del Trabajo tiene como misión fundamental promover y mantener el más alto nivel de salud de los trabajadores, debiendo ejecutar, entre otras, acciones de educación sanitaria, socorro, vacunación y estudios de ausentismo por morbilidad. Su función es esencialmente de carácter preventivo, sin perjuicio de la prestación de la asistencia inicial de las enfermedades presentadas durante el trabajo y de las emergencias médicas ocurridas en el establecimiento, hasta tanto se encuentre en condiciones de hacerse cargo el servicio médico que corresponda.

⁵⁷ Exigir el cumplimiento del “Calendario de Vacunación”.

⁵⁸ **Resolución 905/2015. Superintendencia de Riesgos del Trabajo.**

ANEXO III

FUNCIONES DEL SERVICIO DE MEDICINA DEL TRABAJO

9. Ejecutar acciones de educación sanitaria, socorrismo y vacunación

⁵⁹ Vacuna doble adultos: el 49,8% de la población refirió haber recibido una dosis de en los últimos 5 años, siendo menor el indicador entre las personas mayores de 50 años. Las provincias que presentaron los mayores porcentajes de aplicación fueron La Pampa (66,8%), Salta (66,4%), Misiones (61,8%) y Tierra del Fuego (56,9%).

Vacuna contra hepatitis B: el 21,7% de la población encuestada refirió haber recibido una dosis de esta vacuna en los últimos 5 años. El indicador fue mayor en mujeres que en varones (24,5% vs. 18,6%). Por otro lado la prevalencia de aplicación disminuyó a mayor edad (con un máximo 38,0% en el grupo de 18 a 24 años y un mínimo de 8,5% en el grupo de 65 años y más). Asimismo, la prevalencia fue menor en la población con nivel educativo hasta primario completo. Las provincias en las cuales el indicador fue mayor fueron Salta (44,4%), Tierra del Fuego (39,7%), La Pampa (32,5%) y Catamarca (31,0%).

Ministerio de Salud de la Nación, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos: *Tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades No Transmisibles*. Argentina. 2015.

⁶⁰ **Resolución 905/2015. Superintendencia de Riesgos del Trabajo.**

ANEXO III

FUNCIONES DEL SERVICIO DE MEDICINA DEL TRABAJO

4. Elaborar un procedimiento para determinar los requerimientos de los exámenes médicos preocupacionales en función del puesto de trabajo que ocupará cada uno de los trabajadores en el establecimiento.

5. Elaborar un Procedimiento de Vigilancia Médica que, en consonancia con los exámenes médicos previstos por la Resolución S.R.T. N° 37/10 y/o sus modificatorias, cumpla con las siguientes acciones:

5.1. Disponer de dichos exámenes.

5.2. Evaluar sus resultados.

5.3. Hacer las recomendaciones que se estimen pertinentes.

5.4. Asegurar que el trabajador haya sido informado sobre las conclusiones de dichos exámenes.

XIV. CONCLUSIONES

“El arte de las conclusiones consiste en la medida.”¹

La aptitud para desarrollar la tarea laboral propuesta no marca diferencias importantes entre mujeres (94,37%) y hombres (95,51%).

Se diagnosticaron 2,14% de alteraciones electrocardiográficas, y si tenemos presente que de ellas entre el 10 y el 40% se vinculan con la enfermedad de Chagas, creemos que la serología para diagnosticar la enfermedad tiene fundamental importancia para poder realizar el tratamiento adecuado. Por las mismas razones también creemos que sería de importancia médico sanitaria realizar la serología para HIV.

El examen bucodental es deficiente y no se realiza correctamente restándole la importancia médico sanitaria y epidemiológica que tiene.

Se diagnosticaron 4 (cuatro) personas con tuberculosis en los “Exámenes Preocupacionales” confirmando la importancia médico sanitarias de los “Exámenes Médico Laborales”.

¹ ROJAS Nerio: *Medicina Legal*, El Ateneo, Buenos Aires, 1936, Tomo I, pp.23-24. Postulado noveno del “Decálogo Medicolegal”.

La evaluación de la agudeza visual demostró que un porcentaje importante (62%) de la población evaluada presenta algún tipo de alteración visual que necesitaría la derivación al especialista. Podemos afirmar por lo expuesto que el examen de agudeza visual cumple un excelente fin médico sanitario.

Si bien la normativa vigente exige la realización de exámenes médico laborales a todos los trabajadores, los mismos adolecen de fallas no poco importantes y es fundamental que el Estado atienda esta situación.

Los Exámenes Médico Laborales sirven para evaluar la salud de cada trabajador, los resultados que se obtienen son importantes desde el punto de vista de su valoración epidemiológica, de manera que mediante el análisis epidemiológico se puede saber dónde actuar, pero es necesario mejorarlos en su calidad y forma de realizar los registros de los datos obtenidos.²

Implantar sistemas de registros, datos, servicios de información para expertos y de transmisión efectiva de datos y de información pública. La

² No podemos dejar de decir que para mejorar esto también es imprescindible disminuir en número de asalariados informales para que realicen los Exámenes Médico Laborales correspondientes.

En 2011, la informalidad laboral (medida como el porcentaje de trabajadores no registrados en la seguridad social) para el total de los ocupados se ubicó en un 42,7%. BERTRANOU Fabio, CASANOVA Luis: *Informalidad Laboral en Argentina. Segmentos críticos y políticas para la formalización*. Organización Internacional del Trabajo. 2013.

Conforme a la información recogida por la Encuesta Permanente de Hogares (EPH – INDEC) en los principales centros urbanos del país, durante el primer trimestre de 2013, el 32% de los trabajadores en relación de dependencia no se encontraban registrados en la seguridad social. Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social: *Trabajo no registrado: Avances y Desafíos para una Argentina inclusiva*. Septiembre de 2013.

El empleo no registrado alcanza hoy al 33,5% de los asalariados del país, según los datos que releva trimestralmente la Encuesta Permanente de Hogares. Esta tasa representa un poco más de cuatro millones de personas. LINDENBOIM Javier. Centro de Estudios de Población, Empleo y Desarrollo. Facultad de Ciencias Económicas. Universidad de Buenos Aires. 2014.

toma de decisiones sobre políticas y prácticas de salud ocupacional debe fundamentarse en el análisis de datos fidedignos y el conocimiento de tendencias y prioridades nacionales y locales. Por lo tanto, es imprescindible crear o mejorar los registros de enfermedades preocupacionales, ocupacionales y accidentes del trabajo y recoger datos sobre exposiciones de importancia prioritaria, tratando de que éstos sean comparables con los de otras naciones. Se ha sugerido que cada país tenga por lo menos un punto focal bien establecido con suficientes recursos bibliotecarios y sistemas modernos que le permitan interaccionar con fuentes de información y redes de datos internacionales.³

Deberían realizarse exámenes médico laborales con un formato preestablecido usando una clasificación similar para todas las patologías y resultados, y analizarse de manera centralizada para obtener datos médico sanitarios y epidemiológicos que puedan servir para el diseño de políticas de salud laboral y de toda la población.⁴

La OMS define a la salud como un bien individual y social y en la estrecha relación con el desarrollo económico social sostenible. Y también define a las acciones orientadas a la salud como un conjunto indivisible de

³ OMS: *Salud Ocupacional para todos: Propuesta para una estrategia mundial de la OMS*. Boletín Oficina Sanitaria Panamericana 119 (5), 1995.

⁴ Esto implica la urgente redefinición, ampliación y puesta en práctica del Art. 5º de la Resolución 905/2015. Superintendencia de Riesgos del Trabajo.

Art. 5º — Créase el “Registro Digital Único de Legajos de Salud” que se integrará con la información suministrada por los Servicios de Medicina del Trabajo de los establecimientos y las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo (A.R.T.) de acuerdo a las pautas que determinará la S.R.T. Esta información será visualizada solamente por la S.R.T., y será suministrada al trabajador a su requerimiento.

promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento en sus componentes biológicos, sociales y ambientales.⁵

⁵ En los últimos 60 años identificamos cuatro documentos conceptuales, de políticas de salud y de definición de compromisos sociales. Estos documentos son: La carta de creación y la constitución de la Organización Mundial de la Salud aprobada en 1946. La declaración universal de derechos humanos definida a través de la Organización de las Naciones Unidas en 1948. El compromiso de lograr la meta de Salud para todos en el año 2000 definida por la Asamblea Mundial de la Salud, OMS 1977 y la declaración política de Río a través de las Naciones Unidas que define los compromisos de los países para realizar acciones concretas en relación a los determinantes sociales de la salud en 2011. PAGANINI José María: *La Equidad en Salud y la Cobertura Universal. Las razones de las ciencias médicas y la teoría de la complejidad como base para una propuesta legislativa en la transformación del sistema de salud*. Centro Interdisciplinario Universitario para la Salud. Facultad de Ciencias Médicas Universidad Nacional de La Plata. sf.

XV. PROPUESTAS

“Aequitas sequitur legem”.¹

Decretar obligatorios los “Exámenes Posteriores a ausencias prolongadas” y los “Exámenes Previos a la terminación de la relación laboral o de egreso”.

Modificar las leyes sobre la enfermedad de Chagas y de HIV y promover la realización voluntaria en los “Exámenes Médico Laborales”.

Exigir un perfecto examen bucodental en todos los Exámenes Médico Laborales (de ingreso, periódicos, previos a una transferencia de actividad, posterior a ausencias prolongadas y previo a la terminación de la relación laboral).

Buscar los mecanismos de derivación a un especialista en los casos de disminución de la agudeza visual.

Investigar el estado de inmunización en los Exámenes Médico Laborales y completar el Calendario de Vacunación.

¹ “La equidad sigue a la ley”.

Realizar los Exámenes Médico Laborales con un formato preestablecido usando una clasificación similar para todas las patologías y resultados y analizarlos de manera centralizada para obtener datos médico sanitarios y epidemiológicos valederos.

XVI. ANEXO

“Melius est abundare quam deficere”.¹

Análisis e interpretación de los datos.

1. Buenos Aires.

1.295 exámenes médico laborales (27,68% de N²). 612 (47,26%) de sexo femenino y 683 (52,74%) de sexo masculino.

1.291 Exámenes Preocupacionales o de ingreso.

4 Exámenes Periódicos.

Ningún Examen Previo a una transferencia de actividad.

Ningún Examen Posterior a una ausencia prolongada.

Ningún Examen Previo a la terminación de la relación laboral.

Tipo A: 382

Tipo B: 699

Tipo C: 148

Tipo D: 43

Tipo E: ninguno

Examen Médico Normal: 21

¹ “Es mejor tener de sobra que carecer”.

² N: 4.678.

En revisión: 2 por posible TBC (confirmada).

La edad de los evaluados fue de 18 a 70 años.

La edad de las mujeres fue de 18 a 69 años.

La edad de los hombres fue de 18 a 70 años.

2. Catamarca.

51 exámenes médico laborales (1,09% de N). 23 (45,1%) de sexo femenino y 28 (54,9%) de sexo masculino.

50 Exámenes Preocupacionales o de ingreso.

1 Examen Periódico.

Ningún Examen Previo a una transferencia de actividad.

Ningún Examen Posterior a una ausencia prolongada.

Ningún Examen Previo a la terminación de la relación laboral.

Tipo A: 13

Tipo B: 32

Tipo C: 5

Tipo D: 1

Tipo E: ninguno

La edad de los evaluados fue de 19 a 58 años.

La edad de las mujeres fue de 22 a 58 años.

La edad de los hombres fue de 19 a 54 años.

3. Chaco.

70 exámenes médico laborales (1,5% de N). 30 (43%) de sexo femenino y 40 (57%) de sexo masculino.

70 Exámenes Preocupacionales o de ingreso.

Ningún Examen Periódico.

Ningún Examen Previo a una transferencia de actividad.

Ningún Examen Posterior a una ausencia prolongada.

Ningún Examen Previo a la terminación de la relación laboral.

Tipo A: 22

Tipo B: 33

Tipo C: 13

Tipo D: 2

Tipo E: ninguno

La edad de los evaluados fue de 18 a 62 años.

La edad de las mujeres fue de 18 a 61 años.

La edad de los hombres fue de 19 a 62 años.

4. Chubut.

37 exámenes médico laborales (0,80% de N). 16 (43,24%) de sexo femenino y 21 (56,76%) de sexo masculino.

36 Exámenes Preocupacionales o de ingreso.

1 Exámenes Periódicos.

Ningún Examen Previo a una transferencia de actividad.

Ningún Examen Posterior a una ausencia prolongada.

Ningún Examen Previo a la terminación de la relación laboral.

Tipo A: 8

Tipo B: 23

Tipo C: 4

Tipo D: 1

Tipo E: ninguno

Examen Médico Normal: 1 (embarazada)

La edad de los evaluados fue de 20 a 59 años.

La edad de las mujeres fue de 21 a 54 años.

La edad de los hombres fue de 20 a 59 años.

5. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

1.644 exámenes médico laborales (35,14% de N). 749 (45,56%) de sexo femenino y 895 (54,44%) de sexo masculino.

1.637 Exámenes Preocupacionales o de ingreso.

6 Exámenes Periódicos.

Ningún Examen Previo a una transferencia de actividad.

1 Exámenes Posteriores a una ausencia prolongada.

Ningún Examen Previo a la terminación de la relación laboral.

Tipo A: 448

Tipo B: 870

Tipo C: 209

Tipo D: 96

Tipo E: 2

Examen Médico Normal: 18

En revisión: 1 por posible TBC (confirmada).

La edad de los evaluados fue de 17 a 73 años.

La edad de las mujeres fue de 17 a 64 años.

La edad de los hombres fue de 18 a 73 años.

6. Córdoba.

182 exámenes médico laborales (3,9% de N). 72 (39,56%) de sexo femenino y 110 (60,44%) de sexo masculino.

181 Exámenes Preocupacionales o de ingreso.

Ningún Examen Periódico.

Ningún Examen Previo a una transferencia de actividad.

1 Exámenes Posteriores a una ausencia prolongada.

Ningún Examen Previo a la terminación de la relación laboral.

Tipo A: 42

Tipo B: 103

Tipo C: 34

Tipo D: 1

Tipo E: ninguno

Examen Médico Normal: 2

La edad de los evaluados fue de 19 a 67 años.

La edad de las mujeres fue de 19 a 67 años.

La edad de los hombres fue de 20 a 65 años.

7. Corrientes.

51 exámenes médico laborales (1,09% de N). 25 (49,01%) de sexo femenino y 26 (50,99%) de sexo masculino.

51 Exámenes Preocupacionales o de ingreso.

Ningún Examen Periódico.

Ningún Examen Previo a una transferencia de actividad.

Ningún Examen Posterior a una ausencia prolongada.

Ningún Examen Previo a la terminación de la relación laboral.

Tipo A: 16

Tipo B: 29

Tipo C: 5

Tipo D: ninguno

Tipo E: ninguno

Examen Médico Normal: 1

La edad de los evaluados fue de 20 a 58 años.

La edad de las mujeres fue de 20 a 57 años.

La edad de los hombres fue de 21 a 58 años.

8. Entre Ríos.

103 exámenes médico laborales (2,2% de N). 45 (43,69%) de sexo femenino y 58 (56,31%) de sexo masculino.

103 Exámenes Preocupacionales o de ingreso.

Ningún Examen Periódico.

Ningún Examen Previo a una transferencia de actividad.

Ningún Examen Posterior a una ausencia prolongada.

Ningún Examen Previo a la terminación de la relación laboral.

Tipo A: 26

Tipo B: 59

Tipo C: 14

Tipo D: 2

Tipo E: ninguno

Examen Médico Normal: 2

La edad de los evaluados fue de 18 a 68 años.

La edad de las mujeres fue de 22 a 58 años.

La edad de los hombres fue de 18 a 68 años.

9. Formosa.

68 exámenes médico laborales (1,45% de N). 22 (32,35%) de sexo femenino y 46 (67,65%) de sexo masculino.

68 Exámenes Preocupacionales o de ingreso.

Ningún Examen Periódico.

Ningún Examen Previo a una transferencia de actividad.

Ningún Examen Posterior a una ausencia prolongada.

Ningún Examen Previo a la terminación de la relación laboral.

Tipo A: 9

Tipo B: 49

Tipo C: 9

Tipo D: 1

Tipo E: ninguno

La edad de los evaluados fue de 18 a 62 años.

La edad de las mujeres fue de 18 a 59 años.

La edad de los hombres fue de 21 a 62 años.

10. Jujuy.

106 exámenes médico laborales (2,26% de N). 51 (48,11%) de sexo femenino y 55 (51,89%) de sexo masculino.

106 Exámenes Preocupacionales o de ingreso.

Ningún Examen Periódico.

Ningún Examen Previo a una transferencia de actividad.

Ningún Examen Posterior a una ausencia prolongada.

Ningún Examen Previo a la terminación de la relación laboral.

Tipo A: 29

Tipo B: 55

Tipo C: 21

Tipo D: ninguno

Tipo E: ninguno

Examen Médico Normal: 1

La edad de los evaluados fue de 18 a 67 años.

La edad de las mujeres fue de 20 a 67 años.

La edad de los hombres fue de 18 a 65 años.

11. La Pampa.

64 exámenes médico laborales (1,37% de N). 32 (50%) de sexo femenino y 32 (50%) de sexo masculino.

64 Exámenes Preocupacionales o de ingreso.

Ningún Examen Periódico.

Ningún Examen Previo a una transferencia de actividad.

Ningún Examen Posterior a una ausencia prolongada.

Ningún Examen Previo a la terminación de la relación laboral.

Tipo A: 16

Tipo B: 39

Tipo C: 5

Tipo D: 1

Tipo E: ninguno

Examen Médico Normal: 3

La edad de los evaluados fue de 18 a 64 años.

La edad de las mujeres fue de 18 a 58 años.

La edad de los hombres fue de 20 a 64 años.

12. La Rioja.

59 exámenes médico laborales (1,26% de N). 32 (54,24%) de sexo femenino y 27 (45,76%) de sexo masculino.

59 Exámenes Preocupacionales o de ingreso.

Ningún Examen Periódico.

Ningún Examen Previo a una transferencia de actividad.

Ningún Examen Posterior a una ausencia prolongada.

Ningún Examen Previo a la terminación de la relación laboral.

Tipo A: 10

Tipo B: 36

Tipo C: 11

Tipo D: ninguno

Tipo E: ninguno

Examen Médico Normal: 2

La edad de los evaluados fue de 19 a 63 años.

La edad de las mujeres fue de 20 a 62 años.

La edad de los hombres fue de 19 a 63 años.

13. Mendoza.

95 exámenes médico laborales (2,03% de N). 34 (35,79%) de sexo femenino y 61 (64,21%) de sexo masculino.

95 Exámenes Preocupacionales o de ingreso.

Ningún Examen Periódico.

Ningún Examen Previo a una transferencia de actividad.

Ningún Examen Posterior a una ausencia prolongada.

Ningún Examen Previo a la terminación de la relación laboral.

Tipo A: 28

Tipo B: 51

Tipo C: 12

Tipo D: 1

Tipo E: 1

Examen Médico Normal: 2

La edad de los evaluados fue de 21 a 63 años.

La edad de las mujeres fue de 22 a 57 años.

La edad de los hombres fue de 21 a 63 años.

14. Misiones.

63 exámenes médico laborales (1,35% de N). 36 (57,14%) de sexo femenino y 27 (42,86%) de sexo masculino.

63 Exámenes Preocupacionales o de ingreso.

Ningún Examen Periódico.

Ningún Examen Previo a una transferencia de actividad.

Ningún Examen Posterior a una ausencia prolongada.

Ningún Examen Previo a la terminación de la relación laboral.

Tipo A: 14

Tipo B: 40

Tipo C: 5

Tipo D: ninguno

Tipo E: ninguno

Examen Médico Normal: 4

La edad de los evaluados fue de 18 a 58 años.

La edad de las mujeres fue de 18 a 58 años.

La edad de los hombres fue de 19 a 55 años.

15. Neuquén.

31 exámenes médico laborales (0,66% de N). 14 (45,16%) de sexo femenino y 17 (54,84%) de sexo masculino.

31 Exámenes Preocupacionales o de ingreso.

Ningún Examen Periódico.

Ningún Examen Previo a una transferencia de actividad.

Ningún Examen Posterior a una ausencia prolongada.

Ningún Examen Previo a la terminación de la relación laboral.

Tipo A: 7

Tipo B: 20

Tipo C: 4

Tipo D: ninguno

Tipo E: ninguno

La edad de los evaluados fue de 19 a 63 años.

La edad de las mujeres fue de 19 a 54 años.

La edad de los hombres fue de 20 a 63 años.

16. Río Negro.

71 exámenes médico laborales (1,52% de N). 33 (46,48%) de sexo femenino y 38 (53,52%) de sexo masculino.

71 Exámenes Preocupacionales o de ingreso.

Ningún Examen Periódico.

Ningún Examen Previo a una transferencia de actividad.

Ningún Examen Posterior a una ausencia prolongada.

Ningún Examen Previo a la terminación de la relación laboral.

Tipo A: 14

Tipo B: 43

Tipo C: 13

Tipo D: 1

Tipo E: ninguno

La edad de los evaluados fue de 18 a 69 años.

La edad de las mujeres fue de 18 a 69 años.

La edad de los hombres fue de 18 a 66 años.

17. Salta.

78 exámenes médico laborales (1,67% de N). 39 (50%) de sexo femenino y 39 (50%) de sexo masculino.

78 Exámenes Preocupacionales o de ingreso.

Ningún Examen Periódico.

Ningún Examen Previo a una transferencia de actividad.

Ningún Examen Posterior a una ausencia prolongada.

Ningún Examen Previo a la terminación de la relación laboral.

Tipo A: 23

Tipo B: 44

Tipo C: 9

Tipo D: 1

Tipo E: ninguno

Examen Médico Normal: 1

La edad de los evaluados fue de 18 a 68 años.

La edad de las mujeres fue de 18 a 57 años.

La edad de los hombres fue de 19 a 68 años.

18. San Juan.

91 exámenes médico laborales (1,95% de N). 37 (40,66%) de sexo femenino y 54 (59,34%) de sexo masculino.

91 Exámenes Preocupacionales o de ingreso.

Ningún Examen Periódico.

Ningún Examen Previo a una transferencia de actividad.

Ningún Examen Posterior a una ausencia prolongada.

Ningún Examen Previo a la terminación de la relación laboral.

Tipo A: 9

Tipo B: 56

Tipo C: 23

Tipo D: 1

Tipo E: ninguno

Examen Médico Normal: 2

La edad de los evaluados fue de 20 a 69 años.

La edad de las mujeres fue de 24 a 58 años.

La edad de los hombres fue de 20 a 69 años.

19. San Luis.

44 exámenes médico laborales (0,94% de N). 24 (54,54%) de sexo femenino y 20 (45,46%) de sexo masculino.

44 Exámenes Preocupacionales o de ingreso.

Ningún Examen Periódico.

Ningún Examen Previo a una transferencia de actividad.

Ningún Examen Posterior a una ausencia prolongada.

Ningún Examen Previo a la terminación de la relación laboral.

Tipo A: 12

Tipo B: 20

Tipo C: 8

Tipo D: 2

Tipo E: ninguno

Examen Médico Normal: 2

La edad de los evaluados fue de 21 a 65 años.

La edad de las mujeres fue de 21 a 65 años.

La edad de los hombres fue de 21 a 65 años.

20. Santa Cruz.

54 exámenes médico laborales (1,15% de N). 27 (50%) de sexo femenino y 27 (50%) de sexo masculino.

54 Exámenes Preocupacionales o de ingreso.

Ningún Examen Periódico.

Ningún Examen Previo a una transferencia de actividad.

Ningún Examen Posterior a una ausencia prolongada.

Ningún Examen Previo a la terminación de la relación laboral.

Tipo A: 13

Tipo B: 35

Tipo C: 5

Tipo D: ninguno

Tipo E: ninguno

Examen Médico Normal: 1

La edad de los evaluados fue de 18 a 55 años.

La edad de las mujeres fue de 18 a 55 años.

La edad de los hombres fue de 19 a 54 años.

21. Santa Fe.

119 exámenes médico laborales (2,54% de N). 51 (42,86%) de sexo femenino y 68 (57,14%) de sexo masculino.

119 Exámenes Preocupacionales o de ingreso.

Ningún Examen Periódico.

Ningún Examen Previo a una transferencia de actividad.

Ningún Examen Posterior a una ausencia prolongada.

Ningún Examen Previo a la terminación de la relación laboral.

Tipo A: 27

Tipo B: 68

Tipo C: 22

Tipo D: 1

Tipo E: ninguno

En revisión: 1 por posible TBC (confirmada).

La edad de los evaluados fue de 19 a 67 años.

La edad de las mujeres fue de 19 a 67 años.

La edad de los hombres fue de 20 a 64 años.

22. Santiago del Estero.

65 exámenes médico laborales (1,39% de N). 33 (50,76%) de sexo femenino y 32 (49,24%) de sexo masculino.

65 Exámenes Preocupacionales o de ingreso.

Ningún Examen Periódico.

Ningún Examen Previo a una transferencia de actividad.

Ningún Examen Posterior a una ausencia prolongada.

Ningún Examen Previo a la terminación de la relación laboral.

Tipo A: 13

Tipo B: 43

Tipo C: 7

Tipo D: 1

Tipo E: ninguno

Examen Médico Normal: 1

La edad de los evaluados fue de 19 a 57 años.

La edad de las mujeres fue de 19 a 56 años.

La edad de los hombres fue de 19 a 57 años.

23. Tierra del Fuego, Antártida e Isla del Atlántico Sur.

52 exámenes médico laborales (1,11% de N). 20 (38,46%) de sexo femenino y 32 (61,54%) de sexo masculino.

52 Exámenes Preocupacionales o de ingreso.

Ningún Examen Periódico.

Ningún Examen Previo a una transferencia de actividad.

Ningún Examen Posterior a una ausencia prolongada.

Ningún Examen Previo a la terminación de la relación laboral.

Tipo A: 22

Tipo B: 26

Tipo C: 1

Tipo D: 2

Tipo E: ninguno

La edad de los evaluados fue de 19 a 59 años.

La edad de las mujeres fue de 19 a 59 años.

La edad de los hombres fue de 19 a 53 años.

24. Tucumán.

132 exámenes médico laborales (2,82% de N). 50 (37,88%) de sexo femenino y 82 (62,12%) de sexo masculino.

132 Exámenes Preocupacionales o de ingreso.

Ningún Examen Periódico.

Ningún Examen Previo a una transferencia de actividad.

Ningún Examen Posterior a una ausencia prolongada.

Ningún Examen Previo a la terminación de la relación laboral.

Tipo A: 26

Tipo B: 79

Tipo C: 24

Tipo D: 2

Tipo E: ninguno

Examen Médico Normal: 1

La edad de los evaluados fue de 18 a 64 años.

La edad de las mujeres fue de 19 a 63 años.

La edad de los hombres fue de 18 a 64 años.

25. Extranjeros.

53 exámenes médico laborales (1,13% de N). 27 (50,94%) de sexo femenino y 26 (49,06%) de sexo masculino.

52 Exámenes Preocupacionales o de ingreso.

1 Exámenes Periódicos.

Ningún Examen Previo a una transferencia de actividad.

Ningún Examen Posterior a una ausencia prolongada.

Ningún Examen Previo a la terminación de la relación laboral.

Tipo A: 8

Tipo B: 34

Tipo C: 10

Tipo D: 1

Tipo E: ninguno

La edad de los evaluados fue de 20 a 67 años.

La edad de las mujeres fue de 20 a 59 años.

La edad de los hombres fue de 22 a 67 años.

“Legem brevem esse oportet, quo facilius ab imperitis teneatur”.³

LEY DE HIGIENE Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO

Ley N° 19.587

Bs. As., 21/4/72

EN uso de las atribuciones conferidas por el artículo 5° del Estatuto de la Revolución Argentina,

EL PRESIDENTE DE LA NACION ARGENTINA SANCIONA Y PROMULGA CON FUERZA DE LEY:

Artículo 1° — Las condiciones de higiene y seguridad en el trabajo se ajustarán, en todo el territorio de la República, a las normas de la presente ley y de las reglamentaciones que en su consecuencia se dicten.

Sus disposiciones se aplicarán a todos los establecimientos y explotaciones, persigan o no fines de lucro, cualesquiera sean la naturaleza económica de las actividades, el medio donde ellas se ejecuten, el carácter de los centros y puestos de trabajo y la índole de las maquinarias, elementos, dispositivos o procedimientos que se utilicen o adopten.

Art. 2° — A los efectos de la presente ley los términos "establecimiento", "explotación", "centro de trabajo" o "puesto de trabajo" designan todo lugar destinado a la realización o donde se realicen tareas de cualquier índole o naturaleza con la presencia permanente, circunstancial, transitoria o eventual de personas físicas y a los depósitos y dependencias anexas de todo tipo en que las mismas deban permanecer o a los que asistan o concurren por el hecho o en ocasión del trabajo o con el consentimiento expreso o tácito del principal. El término empleador designa a la persona, física o jurídica, privada o pública, que utiliza la actividad de una o más personas en virtud de un contrato o relación de trabajo.

Art. 3° — Cuando la prestación de trabajo se ejecute por terceros, en establecimientos, centros o puestos de trabajo del dador principal o con maquinarias, elementos o dispositivos por él suministrados, éste será solidariamente responsable del cumplimiento de las disposiciones de esta ley.

Art. 4° — La higiene y seguridad en el trabajo comprenderá las normas técnicas y medidas sanitarias, precautorias, de tutela o de cualquier otra índole que tengan por objeto:

- a) proteger la vida, preservar y mantener la integridad sicofísica de los trabajadores;
- b) prevenir, reducir, eliminar o aislar los riesgos de los distintos centros o puestos de trabajo;
- c) estimular y desarrollar una actitud positiva respecto de la prevención de los accidentes o enfermedades que puedan derivarse de la actividad laboral.

Art. 5° — A los fines de la aplicación de esta ley considéranse como básicos los siguientes principios y métodos de ejecución:

- a) creación de servicios de higiene y seguridad en el trabajo, y de medicina del trabajo de carácter preventivo y asistencial;

³ *“Conviene que la ley sea breve, para que la retengan más fácilmente los indoctos”.* Séneca.

- b) institucionalización gradual de un sistema de reglamentaciones, generales o particulares, atendiendo a condiciones ambientales o factores ecológicos y a la incidencia de las áreas o factores de riesgo;
- c) sectorialización de los reglamentos en función de ramas de actividad, especialidades profesionales y dimensión de las empresas;
- d) distinción a todos los efectos de esta ley entre actividades normales, penosas, riesgosas o determinantes de vejez o agotamiento prematuros y/o las desarrolladas en lugares o ambientes insalubres;
- e) normalización de los términos utilizados en higiene y seguridad, estableciéndose definiciones concretas y uniformes para la clasificación de los accidentes, lesiones y enfermedades del trabajo;
- f) investigación de los factores determinantes de los accidentes y enfermedades del trabajo, especialmente de los físicos, fisiológicos y psicológicos;
- g) realización y centralización de estadísticas normalizadas sobre accidentes y enfermedades del trabajo como antecedentes para el estudio de las causas determinantes y los modos de prevención;
- h) estudio y adopción de medidas para proteger la salud y la vida del trabajador en el ámbito de sus ocupaciones, especialmente en lo que atañe a los servicios prestados en tareas penosas, riesgosas o determinantes de vejez o agotamiento prematuros y/o las desarrolladas en lugares o ambientes insalubres;
- i) aplicación de técnicas de corrección de los ambientes de trabajo en los casos en que los niveles de los elementos agresores, nocivos para la salud, sean permanentes durante la jornada de labor;
- j) fijación de principios orientadores en materia de selección e ingreso de personal en función de los riesgos a que den lugar las respectivas tareas, operaciones y manualidades profesionales;
- k) determinación de condiciones mínimas de higiene y seguridad para autorizar el funcionamiento de las empresas o establecimientos;
- l) adopción y aplicación, por intermedio de la autoridad competente, de los medios científicos y técnicos adecuados y actualizados que hagan a los objetivos de esta ley;
- m) participación en todos los programas de higiene y seguridad de las instituciones especializadas, públicas y privadas, y de las asociaciones profesionales de empleadores, y de trabajadores con personería gremial;
- n) observancia de las recomendaciones internacionales en cuanto se adapten a las características propias del país y ratificación, en las condiciones previstas precedentemente, de los convenios internacionales en la materia;
- ñ) difusión y publicidad de las recomendaciones y técnicas de prevención que resulten universalmente aconsejables o adecuadas;
- o) realización de exámenes médicos pre-ocupacionales y periódicos, de acuerdo a las normas que se establezcan en las respectivas reglamentaciones.

Art. 6º — Las reglamentaciones de las condiciones de higiene de los ambientes de trabajo deberán considerar primordialmente:

- a) características de diseño de plantas industriales, establecimientos, locales, centros y puestos de trabajo, maquinarias, equipos y procedimientos seguidos en el trabajo;
- b) factores físicos: cubaje, ventilación, temperatura, carga térmica, presión, humedad, iluminación, ruidos, vibraciones y radiaciones ionizantes;
- c) contaminación ambiental: agentes físicos y/o químicos y biológicos;
- d) efluentes industriales.

Art. 7º — Las reglamentaciones de las condiciones de seguridad en el trabajo deberán considerar primordialmente:

- a) instalaciones, artefactos y accesorios; útiles y herramientas: ubicación y conservación;
- b) protección de máquinas, instalaciones y artefactos;
- c) instalaciones eléctricas;
- d) equipos de protección individual de los trabajadores;
- e) prevención de accidentes del trabajo y enfermedades del trabajo;
- f) identificación y rotulado de sustancias nocivas y señalamiento de lugares peligrosos y singularmente peligrosos;
- g) prevención y protección contra incendios y cualquier clase de siniestros.

Art. 8° — Todo empleador debe adoptar y poner en práctica las medidas adecuadas de higiene y seguridad para proteger la vida y la integridad de los trabajadores, especialmente en lo relativo:

- a) a la construcción, adaptación, instalación y equipamiento de los edificios y lugares de trabajo en condiciones ambientales y sanitarias adecuadas;
- b) a la colocación y mantenimiento de resguardos y protectores de maquinarias y de todo género de instalaciones, con los dispositivos de higiene y seguridad que la mejor técnica aconseje;
- c) al suministro y mantenimiento de los equipos de protección personal;
- d) a las operaciones y procesos de trabajo.

Art. 9° — Sin perjuicio de lo que determinen especialmente los reglamentos, son también obligaciones del empleador;

- a) disponer el examen pre-ocupacional y revisión periódica del personal, registrando sus resultados en el respectivo legajo de salud;
- b) mantener en buen estado de conservación, utilización y funcionamiento, las maquinarias, instalaciones y útiles de trabajo;
- c) instalar los equipos necesarios para la renovación del aire y eliminación de gases, vapores y demás impurezas producidas en el curso del trabajo;
- d) mantener en buen estado de conservación, uso y funcionamiento las instalaciones eléctricas y servicios de aguas potables;
- e) evitar la acumulación de desechos y residuos que constituyan un riesgo para la salud, efectuando la limpieza y desinfecciones periódicas pertinentes;
- f) eliminar, aislar o reducir los ruidos y/o vibraciones perjudiciales para la salud de los trabajadores;
- g) instalar los equipos necesarios para afrontar los riesgos en caso de incendio o cualquier otro siniestro;
- h) depositar con el resguardo consiguiente y en condiciones de seguridad las sustancias peligrosas;
- i) disponer de medios adecuados para la inmediata prestación de primeros auxilios;
- j) colocar y mantener en lugares visibles avisos o carteles que indiquen medidas de higiene y seguridad o adviertan peligrosidad en las maquinarias e instalaciones;
- k) promover la capacitación del personal en materia de higiene y seguridad en el trabajo, particularmente en lo relativo a la prevención de los riesgos específicos de las tareas asignadas;
- l) denunciar accidentes y enfermedades del trabajo.

Art. 10. — Sin perjuicio de lo que determinen especialmente los reglamentos, el trabajador estará obligado a:

- a) cumplir con las normas de higiene y seguridad y con las recomendaciones que se le formulen referentes a las obligaciones de uso, conservación y cuidado del equipo de protección personal y de los propios de las maquinarias, operaciones y procesos de trabajo;

b) someterse a los exámenes médicos preventivos o periódicos y cumplir con las prescripciones e indicaciones que a tal efecto se le formulen;
c) cuidar los avisos y carteles que indiquen medidas de higiene y seguridad y observar sus prescripciones;

d) colaborar en la organización de programas de formación y educación en materia de higiene y seguridad y asistir a los cursos que se dictaren durante las horas de labor.

Art. 11. — EL PODER EJECUTIVO NACIONAL dictará los reglamentos necesarios para la aplicación de esta ley y establecerá las condiciones y recaudos según los cuales la autoridad nacional de aplicación podrá adoptar las calificaciones que correspondan, con respecto a las actividades comprendidas en la presente, en relación con las normas que rigen la duración de la jornada de trabajo. Hasta tanto continuarán rigiendo las normas reglamentarias vigentes en la materia.

Art. 12. — Las infracciones a las disposiciones de la presente ley y sus reglamentaciones serán sancionadas por la autoridad nacional o provincial que corresponda, según la ley 18.608, de conformidad con el régimen establecido por la ley 18.694.

Art. 13. — Comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese.

LEY DE RIESGOS DEL TRABAJO

Ley N° 24.557

Objetivos y ámbito de aplicación. Prevención de los riesgos del trabajo. Contingencias y situaciones cubiertas. Prestaciones dinerarias y en especie. Determinación y revisión de las incapacidades. Régimen financiero. Gestión de las prestaciones. Derechos, deberes y prohibiciones. Fondos de Garantía y de Reserva. Entes de Regulación y Supervisión. Responsabilidad Civil del Empleador. Órgano Tripartito de Participación. Normas Generales y Complementarias. Disposiciones Finales.

Sancionada: Setiembre 13 de 1995.

Promulgada: Octubre 3 de 1995.

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc. sancionan con fuerza de Ley:

CAPITULO I

OBJETIVOS Y AMBITO DE APLICACION DE LA LEY

Art. 1° — Normativa aplicable y objetivos de la Ley sobre Riesgos del Trabajo (LRT).

1. La prevención de los riesgos y la reparación de los daños derivados del trabajo se regirán por esta LRT y sus normas reglamentarias.

2. Son objetivos de la Ley sobre Riesgos del Trabajo (LRT):

a) Reducir la siniestralidad laboral a través de la prevención de los riesgos derivados del trabajo;

b) Reparar los daños derivados de accidentes de trabajo y de enfermedades profesionales, incluyendo la rehabilitación del trabajador damnificado;

c) Promover la recalificación y la recolocación de los trabajadores damnificados;

d) Promover la negociación colectiva laboral para la mejora de las medidas de prevención y de las prestaciones reparadoras.

Art. 2° — Ámbito de aplicación.

1. Están obligatoriamente incluidos en el ámbito de la LRT:

- a) Los funcionarios y empleados del sector público nacional, de las provincias y sus municipios y de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires;
- b) Los trabajadores en relación de dependencia del sector privado;
- c) Las personas obligadas a prestar un servicio de carga pública.

2. El Poder Ejecutivo nacional podrá incluir en el ámbito de la LRT a:

- a) Los trabajadores domésticos;
- b) Los trabajadores autónomos;
- c) Los trabajadores vinculados por relaciones no laborales;
- d) Los bomberos voluntarios.

Art. 3º — Seguro obligatorio y autoseguro.

1. Esta LRT rige para todos aquellos que contraten a trabajadores incluidos en su ámbito de aplicación.

2. Los empleadores podrán autoasegurar los riesgos del trabajo definidos en esta ley, siempre y cuando acrediten con la periodicidad que fije la reglamentación;

- a) Solvencia económico-financiera para afrontar las prestaciones de ésta ley;
- b) Garanticen los servicios necesarios para otorgar las prestaciones de asistencia médica y las demás previstas en el artículo 20 de la presente ley.

3. Quienes no acrediten ambos extremos deberán asegurarse obligatoriamente en una "Aseguradora de Riesgos del Trabajo (ART)" de su libre elección.

4. El Estado nacional, las provincias y sus municipios y la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires podrán igualmente autoasegurarse.

CAPITULO II

DE LA PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS DEL TRABAJO

Art. 4º — Obligaciones de las partes.

1. Los empleadores y los trabajadores comprendidos en el ámbito de la LRT, así como las ART están obligados a adoptar las medidas legalmente previstas para prevenir eficazmente los riesgos del trabajo.

A tal fin y sin perjuicio de otras actuaciones establecidas legalmente, dichas partes deberán asumir compromisos concretos de cumplir con las normas sobre higiene y seguridad en el trabajo. Estos compromisos podrán adoptarse en forma unilateral, formar parte de la negociación colectiva, o incluirse dentro del contrato entre la ART y el empleador.

2. Los contratos entre la ART y los empleadores incorporarán un Plan de Mejoramiento de las condiciones de higiene y seguridad, que indicará las medidas y modificaciones que los empleadores deban adoptar en cada uno de sus establecimientos para adecuarlos a la normativa vigente, fijándose en veinticuatro (24) meses el plazo máximo para su ejecución.

El Poder Ejecutivo nacional regulará las pautas y contenidos del Plan de Mejoramiento, así como el régimen, de sanciones.

3. Mientras el empleador se encuentre ejecutando el Plan de Mejoramiento no podrá ser sancionado por incumplimiento de las normas de higiene y seguridad en el trabajo.

4. La ART controlará la ejecución del Plan de Mejoramiento, y está obligada a denunciar los incumplimientos a la Superintendencia de Riesgos del Trabajo (SRT).

5. Las discrepancias acerca de la ejecución del Plan de Mejoramiento serán resueltas por la SRT.

Art. 5º — Recargo por incumplimientos.

1. Si el accidente de trabajo o la enfermedad profesional se hubiere producido como consecuencia de incumplimientos por parte del empleador de la normativa de higiene y seguridad en el trabajo, éste deberá pagar al Fondo de Garantía, instituido por el artículo

33 de la presente ley, una suma de dinero cuya cuantía se graduará en función de la gravedad del incumplimiento y cuyo tope máximo será de treinta mil pesos (\$ 30.000).

2. La SRT es el órgano encargado de constatar y determinar la gravedad de los incumplimientos, fijar el monto del recargo y gestionar el pago de la cantidad resultante.

CAPITULO III

CONTINGENCIAS Y SITUACIONES CUBIERTAS

Art. 6° — Contingencias.

1. Se considera accidente de trabajo a todo acontecimiento súbito y violento ocurrido por el hecho o en ocasión del trabajo, o en el trayecto entre el domicilio del trabajador y el lugar de trabajo, siempre y cuando el damnificado no hubiere interrumpido o alterado dicho trayecto por causas ajenas al trabajo. El trabajador podrá declarar por escrito ante el empleador, y éste dentro de las setenta y dos (72) horas ante el asegurador, que el itinere se modifica por razones de estudio, concurrencia a otro empleo o atención de familiar directo enfermo y no conviviente, debiendo presentar el pertinente certificado a requerimiento del empleador dentro de los tres (3) días hábiles de requerido.

2. Se consideran enfermedades profesionales aquellas que se encuentran incluidas en el listado de enfermedades profesionales que elaborará y revisará el Poder Ejecutivo anualmente, conforme al procedimiento del artículo 40 apartado 3 de esta ley. El listado identificará agente de riesgo, cuadros clínicos y actividades, en capacidad de determinar por si la enfermedad profesional.

Las enfermedades no incluidas en el listado como sus consecuencias en ningún caso serán consideradas resarcibles.

3. Están excluidos de esta ley:

a) Los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales causados por dolo del trabajador o por fuerza mayor extraña al trabajo:

b) Las incapacidades del trabajador preexistentes a la iniciación de la relación laboral y acreditadas en el examen preocupacional efectuado según las pautas establecidas por la autoridad de aplicación.

Art. 7° — Incapacidad Laboral Temporal.

1. Existe situación de Incapacidad Laboral Temporal (ILT) cuando el daño sufrido por el trabajador le impida temporariamente la realización de sus tareas habituales.

2. La situación de Incapacidad Laboral Temporal (ILT) cesa por:

a) Alta médica:

b) Declaración de Incapacidad Laboral Permanente (ILP);

c) Transcurso de un año desde la primera manifestación invalidante;

d) Muerte del damnificado.

Art. 8° — Incapacidad Laboral Permanente.

1. Existe situación de Incapacidad Laboral Permanente (ILP) cuando el daño sufrido por el trabajador le ocasione una disminución permanente de su capacidad laborativa.

2. La Incapacidad Laboral Permanente (ILP) será total, cuando la disminución de la capacidad laborativa permanente fuere igual o superior al 66 %, y parcial, cuando fuere inferior a este porcentaje.

3. El grado de incapacidad laboral permanente será determinado por las comisiones médicas de esta ley, en base a la tabla de evaluación de las incapacidades laborales, que elaborará el Poder Ejecutivo Nacional y, ponderará entre otros factores, la edad del trabajador, el tipo de actividad y las posibilidades de reubicación laboral.

4. El Poder Ejecutivo nacional garantizará, en los supuestos que correspondiese, la aplicación de criterios homogéneos en la evaluación de las incapacidades dentro del Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones (SIJP) y de la LRT.

Art. 9° — Carácter provisorio y definitivo de la ILP.

1. La situación de Incapacidad Laboral Permanente (ILP) que diese derecho al damnificado a percibir una prestación de pago mensual, tendrá carácter provisorio durante los 36 meses siguientes a su declaración.

Este plazo podrá ser extendido por las comisiones médicas, por un máximo de 24 meses más, cuando no exista certeza acerca del carácter definitivo del porcentaje de disminución de la capacidad laborativa.

En los casos de Incapacidad Laboral Permanente parcial el plazo de provisionalidad podrá ser reducido si existiera certeza acerca del carácter definitivo del porcentaje de disminución de la capacidad laborativa.

Vencidos los plazos anteriores, la Incapacidad Laboral Permanente tendrá carácter definitivo.

2. La situación de Incapacidad Laboral Permanente (ILP) que diese derecho al damnificado a percibir una suma de pago único tendrá carácter definitivo a la fecha del cese del período de incapacidad temporaria.

Art. 10° — Gran invalidez.

Existe situación de gran invalidez cuando el trabajador en situación de Incapacidad Laboral Permanente total necesite la asistencia continua de otra persona para realizar los actos elementales de su vida.

DECRETO 1338/96

Servicios de Medicina y de Higiene y Seguridad en el Trabajo. Trabajadores equivalentes. Deróganse los Títulos II y VIII del Anexo I del decreto N° 351/79.

Bs. As., 25/11/96

VISTO las Leyes N° 24.557 y N° 19.587, el Decreto N° 351 de fecha 5 de febrero de 1979, y

CONSIDERANDO:

Que la Ley N° 24.557 impone a las Aseguradoras autorizadas para operar en el marco de la LEY SOBRE RIESGOS DEL TRABAJO, obligaciones que podrían resultar concurrentes con las de los Servicios de Medicina y de Higiene y Seguridad en el Trabajo, que los establecimientos se encontraban obligados a mantener conforme disposiciones del Decreto N° 351/79.

Que a los fines de evitar una superposición de funciones entre dichos servicios y aquellos que ha de brindar la Aseguradora dentro del nuevo marco de la LEY SOBRE RIESGOS DEL TRABAJO, resulta indispensable modificar algunos aspectos de las normas de Higiene y Seguridad hasta hoy vigentes.

Que para ello es menester derogar el Título II, Capítulos 2, 3 y 4 del Anexo I del Decreto N° 351/79, reemplazándose sus disposiciones por las que se aprueban en el presente Decreto.

Que es necesario rediseñar las funciones y estructura de los Servicios de Medicina y de Higiene y Seguridad en el Trabajo para adecuarlos a las características del nuevo sistema.

Que es conveniente eliminar el requisito de dependencia jerárquica que debían mantener con la conducción del establecimiento los Servicios de Higiene y Seguridad en el Trabajo de establecimientos de más de CIENTO CINCUENTA (150) trabajadores, dentro del esquema del citado Decreto N° 351/79.

Que se establece la posibilidad de que los servicios se brinden en forma interna o externa para cualquier categoría o tamaño de establecimiento.

Que es procedente redefinir la cantidad de horas-profesional dedicado a estos servicios necesarias por trabajador según las características del establecimiento, y las tareas de los trabajadores, desarrollando el concepto de "trabajador equivalente".

Que es conducente establecer que la SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO sea la entidad responsable de determinar cuáles serán los exámenes médicos que deberán efectuar los empleadores o las Aseguradoras, de acuerdo a lo establecido por el Decreto N° 170/96.

Que resulta conveniente mantener el registro habilitante para los profesionales que desempeñen tareas en los Servicios de Higiene y Seguridad en el Trabajo, el que deberá llevarse y mantenerse actualizado de acuerdo a como lo determine la SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO.

Que se ha considerado pertinente exceptuar a determinadas actividades debidamente caracterizadas de la obligación de asignación de profesionales y técnicos en higiene y seguridad.

Que el artículo 31 de la Ley N° 24.557 establece un sistema de registro estadístico de accidentes y enfermedades del trabajo a cargo de los empleadores y de las Aseguradoras, y el artículo 36 de la misma norma impone a la SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO la obligación de mantener el Registro Nacional de Incapacidades Laborales.

Que por lo expuesto se impone la derogación del Título VIII del Anexo I del Decreto N° 351/79, referido a la obligación de presentación del Informe Anual Estadístico sobre Siniestralidad.

Que el presente se dicta en ejercicio de las facultades conferidas por el artículo 99, inciso 2, de la CONSTITUCION NACIONAL.

Por ello,

EL PRESIDENTE DE LA NACION ARGENTINA

DECRETA:

Artículo 1° — Derógase el Título II del Anexo I del Decreto N° 351/79.

Art. 2° — Derógase el Título VIII del Anexo I del Decreto N° 351/79.

Art. 3° — Servicios de Medicina y de Higiene y Seguridad en el Trabajo. A los efectos del cumplimiento del artículo 5° apartado a) de la Ley N° 19.587, los establecimientos deberán contar, con carácter interno o externo según la voluntad del empleador, con Servicios de Medicina del Trabajo y de Higiene y Seguridad en el Trabajo, los que tendrán como objetivo fundamental prevenir, en sus respectivas áreas, todo daño que pudiera causarse a la vida y a la salud de los trabajadores por las condiciones de su trabajo, creando las condiciones para que la salud y la seguridad sean una responsabilidad del conjunto de la organización. Dichos servicios estarán bajo la responsabilidad de graduados universitarios, de acuerdo al detalle que se fija en los artículos 6° y 11 del presente.

Art. 4° — Trabajadores equivalentes. A los fines de la aplicación del presente se define como "cantidad de trabajadores equivalentes" a la cantidad que resulte de sumar el número de trabajadores dedicados a las tareas de producción más el CINCUENTA POR CIENTO (50 %) del número de trabajadores asignados a tareas administrativas.

Art. 5° — Servicio de Medicina del Trabajo. El Servicio de Medicina del Trabajo tiene como misión fundamental promover y mantener el más alto nivel de salud de los trabajadores, debiendo ejecutar, entre otras, acciones de educación sanitaria, socorro, vacunación y estudios de ausentismo por morbilidad. Su función es esencialmente de carácter preventivo, sin perjuicio de la prestación de la asistencia inicial de las enfermedades presentadas durante el trabajo y de las emergencias médicas ocurridas en

el establecimiento, hasta tanto se encuentre en condiciones de hacerse cargo el servicio médico que corresponda.

Art. 6° — Los Servicios de Medicina del Trabajo deberán estar dirigidos por graduados universitarios especializados en Medicina del Trabajo con título de Médico del Trabajo.

Art. 7° — Los empleadores deberán disponer de la siguiente asignación de horas-médico semanales en el establecimiento, en función del número de trabajadores equivalentes:

| Cantidad trabajadores equivalentes | Horas-médico semanales |
|------------------------------------|------------------------|
| 151 - 300 | 5 |
| 301 - 500 | 10 |
| 501 - 700 | 15 |
| 701 - 1000 | 20 |
| 1001 - 1500 | 25 |

A partir de MIL QUINIENTOS UN (1501) trabajadores equivalentes se deberá agregar, a las VEINTICINCO (25) horas previstas en el cuadro anterior, UNA (1) hora-médico semanal por cada CIEN (100) trabajadores. Para los establecimientos de menos de CIENTO CINCUENTA Y UN (151) trabajadores equivalentes, la asignación de horas-médico semanales en planta es voluntaria, excepto que por el tipo de riesgo, la autoridad competente disponga lo contrario.

Art. 8° — Además de lo establecido en el artículo precedente, los empleadores deberán prever la asignación de personal auxiliar de estos Servicios de Medicina del Trabajo, consistente en un enfermero/a con título habilitante reconocido por la autoridad competente cuando existan en planta más de DOSCIENTOS (200) trabajadores dedicados a tareas productivas o más de CUATROCIENTOS (400) trabajadores equivalentes por cada turno de trabajo. Este enfermero/a tendrá como función la prevención y protección de la salud de los trabajadores, colaborando con los médicos.

Art. 9° — La SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO determinará los exámenes médicos que deberán realizar las Aseguradoras o los empleadores, en su caso, estipulando además, en función del riesgo a que se encuentre expuesto el trabajador al desarrollar su actividad, las características específicas y frecuencia de dichos exámenes.

Art. 10. — Servicios de Higiene y Seguridad en el Trabajo. El Servicio de Higiene y Seguridad en el Trabajo tiene como misión fundamental implementar la política fijada por el establecimiento en la materia, tendiente a determinar, promover y mantener adecuadas condiciones ambientales en los lugares de trabajo. Asimismo deberá registrar las acciones ejecutadas, tendientes a cumplir con dichas políticas.

Art. 11. — Los Servicios de Higiene y Seguridad en el Trabajo deberán estar dirigidos por graduados universitarios, a saber:

a) Ingenieros laborales.

b) Licenciados en Higiene y Seguridad en el Trabajo.

c) Ingenieros y químicos con curso de posgrado en Higiene y Seguridad en el Trabajo de no menos de CUATROCIENTAS (400) horas de duración, desarrollados en universidades estatales o privadas.

d) Técnicos en Higiene y Seguridad, reconocidos por la Resolución M.T. y S.S. N° 313 de fecha 26 de abril de 1983.

e) Todo profesional que a la fecha de vigencia del presente Decreto se encuentre habilitado por autoridad competente para ejercer dicha función.

En todos los casos, quienes desempeñen tareas en el ámbito de los Servicios de Higiene y Seguridad en el Trabajo deberán encontrarse inscriptos en el Registro habilitado a tal fin por la SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO.

Art. 12° — Los empleadores deberán disponer de la siguiente asignación de horas-profesional mensuales en el establecimiento en función del número de trabajadores equivalentes y de los riesgos de la actividad, definida según la obligación de cumplimiento de los distintos capítulos del Anexo I del Decreto N° 351/79:

CATEGORIA

| Cantidad trabajadores equivalentes | A (Capítulos 5, 6, 11, 12, 14, 18 al 21) | B (Capítulos 5, 6, 7 y 11 al 21) | C (Capítulos 5 al 21) |
|--|--|--|--------------------------|
| 1 - 15 | - | 2 | 4 |
| 16 - 30 | - | 4 | 8 |
| 31 - 60 | - | 8 | 16 |
| 61 - 100 | 1 | 16 | 28 |
| 101 - 150 | 2 | 22 | 44 |
| 151 - 250 | 4 | 30 | 60 |
| 251 - 350 | 8 | 45 | 78 |
| 351 - 500 | 12 | 60 | 96 |
| 501 - 650 | 16 | 75 | 114 |
| 651 - 850 | 20 | 90 | 132 |
| 851 - 1100 | 24 | 105 | 150 |
| 1101 - 1400 | 28 | 120 | 168 |
| 1401 - 1900 | 32 | 135 | 186 |
| 1901 - 3000 | 36 | 150 | 204 |
| Más de 3000 | 40 | 170 | 220 |

Art. 13. — Además de la obligación dispuesta en el artículo precedente los empleadores deberán prever la asignación como auxiliares de los Servicios de Higiene y Seguridad en el Trabajo de técnicos en higiene y seguridad con título habilitante reconocido por la autoridad competente, de acuerdo a la siguiente tabla:

| Cantidad trabajadores equivalentes | Número de técnicos |
|------------------------------------|--------------------|
| 150 - 450 | 1 |
| 451 - 900 | 2 |

A partir de NOVECIENTOS UN (901) trabajadores equivalentes se deberá agregar, al número de técnicos establecidos en el cuadro anterior Un (1) técnico más por cada QUINIENTOS (500) trabajadores equivalentes.

Art. 14. — Quedan exceptuadas de la obligación de tener asignación de profesionales y técnicos en higiene y seguridad las siguientes entidades:

- a) Los establecimientos dedicados a la agricultura, caza, silvicultura y pesca, que tengan hasta QUINCE (15) trabajadores permanentes.
- b) Las explotaciones agrícolas por temporada.

- c) Los establecimientos dedicados exclusivamente a tareas administrativas de hasta DOSCIENTOS (200) trabajadores.
- d) Los establecimientos donde se desarrollen tareas comerciales o de servicios de hasta CIEN (100) trabajadores, siempre que no se manipulen, almacenen o fraccionen productos tóxicos, inflamables, radioactivos y peligrosos para el trabajador.
- e) Los servicios médicos sin internación.
- f) Los establecimientos educativos que no tengan talleres.
- g) Los talleres de reparación de automotores que empleen hasta CINCO (5) trabajadores equivalentes.
- h) Los lugares de esparcimiento público que no cuenten con áreas destinadas al mantenimiento, de menos de TRES (3) trabajadores.

En los establecimientos donde el empleador esté exceptuado de disponer de los Servicios de Medicina y Seguridad en el Trabajo, la Aseguradora deberá prestar el asesoramiento necesario a fin de promover el cumplimiento de la legislación vigente por parte del empleador.

Art. 15. — Las Aseguradoras deberán informar a la SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO la historia siniestral del trabajador, que se confeccionará según el modelo que establezca dicha Superintendencia.

Art. 16. — En aquellos supuestos en que cualquier disposición legal haga referencia al artículo 23 del Anexo I del Decreto N° 351/79, se entenderá que se hace referencia al artículo 9 del presente Decreto.

Art. 17. — Comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese.

RESOLUCIÓN 37/2010

Superintendencia de Riesgos del Trabajo

Establécense los exámenes médicos en salud que quedarán incluidos en el sistema de riesgos del trabajo.

Bs. As., 14/1/2010

VISTO el Expediente N° 12.178/09 del Registro de esta SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO (S.R.T.); las Leyes Nros. 18.695, 19.587, 24.557, 25.212, 26.281; los Decretos Nros. 170 de fecha 21 de febrero de 1996, 658 de fecha 24 de junio de 1996, 1338 de fecha 25 de noviembre de 1996, las Resoluciones S.R.T. Nros. 10 de fecha 13 de febrero de 1997, 16 de fecha 17 de febrero de 1997, 25 de fecha 26 de marzo de 1997, 43 de fecha 12 de junio de 1997, 28 de fecha 13 de marzo de 1998, 54 de fecha 9 de junio de 1998, y

CONSIDERANDO:

Que uno de los principales objetivos de la Ley N° 24.557 sobre Riesgos del Trabajo, es la prevención de accidentes laborales y enfermedades profesionales.

Que en ese sentido, la Ley N° 24.557 adopta herramientas para hacer posible su cumplimiento, previéndose —entre ellas— la de vigilar permanentemente las condiciones y medio ambiente de trabajo, como asimismo la de monitorear el estado de salud de los trabajadores, a través de la realización de exámenes médicos.

Que no sólo resulta necesario generar mecanismos para estimular la conducta de los responsables para que den cumplimiento efectivo a las medidas que impidan el acaecimiento de siniestros laborales, sino además establecer aquellos que permitan la

detección temprana de enfermedades profesionales y secuelas incapacitantes que las contingencias laborales puedan producir.

Que en este aspecto, el artículo 9° del Decreto N° 1338 de fecha 25 de noviembre de 1996, establece que la SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO (S.R.T.) será la encargada de determinar los exámenes médicos que las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo (A.R.T.) o los empleadores deberán realizar a los trabajadores.

Que por su parte, el artículo 6° de la Ley N° 24.557 determina las contingencias y situaciones cubiertas por el Sistema de Riesgos del Trabajo, excluyendo expresamente los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales causados por dolo del trabajador o por fuerza mayor extraña al trabajo, como así también, las incapacidades del trabajador preexistentes a la iniciación de la relación laboral y acreditadas en el examen preocupacional efectuado.

Que en su oportunidad, la Resolución S.R.T. N° 43 de fecha 12 de junio de 1997, determinó en el marco del Sistema de Riesgos del Trabajo cuáles son los exámenes médicos obligatorios, sus características, frecuencia, contenidos mínimos y responsables de su realización; esto sin perjuicio de que, hacia el futuro, el avance científico o los cambios que se deriven de las reformas en el sistema de salud, hicieran recomendable posteriores ajustes.

Que a los fines de un correcto cumplimiento de los objetivos del Sistema, la realización de los exámenes médicos se determinó en atención a las distintas etapas de la prestación laboral de los trabajadores y sus eventuales modificaciones.

Que en este contexto, la referida Resolución S.R.T. N° 43/97 estableció como exámenes médicos en salud, los siguientes: exámenes preocupacionales, exámenes periódicos, exámenes previos a la transferencia de actividad, exámenes posteriores a ausencias prolongadas y por último, exámenes de egreso.

Que de tal manera, se estableció que los exámenes periódicos debían ser realizados bajo la responsabilidad de la A.R.T. o del Empleador Autoasegurado, de acuerdo el riesgo al que esté expuesto el trabajador.

Que la Resolución S.R.T. N° 54 de fecha 9 de junio de 1998, estableció un esquema para que, en un plazo razonable, se materializaran los exámenes médicos periódicos a la totalidad de los trabajadores expuestos a agentes de riesgo.

Que la Resolución S.R.T. N° 28 de fecha 13 de marzo de 1998, determinó que el responsable de la realización de los exámenes médicos, deberá hacerse cargo en cada caso, del costo de los mismos, sin perjuicio de que las A.R.T. y los empleadores, sobre la base de la normativa vigente, acuerden otra modalidad de pago.

Que en virtud de la experiencia recabada en más de DOCE (12) años de aplicación de las normas aludidas, torna necesario modificarlas a efectos de optimizar el funcionamiento integral del Sistema de Riesgos del Trabajo.

Que en tal sentido y a los efectos de obtener información precisa y completa, resulta necesario requerir del trabajador, una declaración en la que informe acerca de enfermedades o dolencias de su conocimiento.

Que asimismo, se considera oportuna la introducción de Cuestionarios Direccionados para agentes de riesgo específicos, ante la necesidad de recabar datos indispensables para arribar a una correcta evaluación.

Que por su parte, la Ley N° 26.281, ha prohibido realizar reacciones serológicas para determinar la infección chagásica a los aspirantes a cualquier tipo de empleo o actividad.

Que en consecuencia, corresponde derogar las Resoluciones S.R.T. N° 43/97, N° 28/98 y N° 54/98.

Que resultan de aplicación las Resoluciones S.R.T. N° 10 de fecha 13 de febrero de 1997 y N° 25 de fecha 26 de marzo de 1997 y la Ley N° 18.695, en los casos de incumplimiento a las obligaciones emergentes de la normativa vigente en materia de Higiene y Seguridad en el Trabajo y de Riesgos del Trabajo.

Que la Gerencia de Asuntos Legales de esta S.R.T. emitió el pertinente dictamen de legalidad, conforme lo dispone el artículo 7°, inciso d), de la Ley N° 19.549.

Que la presente se dicta conforme las atribuciones conferidas por el artículo 36 de la Ley N° 24.557 y el artículo 9 del Decreto N° 1338 de fecha 25 de noviembre de 1996.

Por ello,

EL SUPERINTENDENTE DE RIESGOS DEL TRABAJO

RESUELVE:

Art. 1° — Exámenes médicos en salud.

Establécese que los exámenes médicos en salud incluidos en el sistema de riesgos del trabajo son los siguientes:

1. Preocupacionales o de ingreso;
2. Periódicos;
3. Previos a una transferencia de actividad;
4. Posteriores a una ausencia prolongada, y
5. Previos a la terminación de la relación laboral o de egreso.

Art. 2° — Exámenes preocupacionales: objetivos, obligatoriedad, oportunidad de su realización, contenidos y responsables.

1. Los exámenes preocupacionales o de ingreso tienen como propósito determinar la aptitud del postulante conforme sus condiciones psicofísicas para el desempeño de las actividades que se le requerirán. En ningún caso pueden ser utilizados como elemento discriminatorio para el empleo. Servirán, asimismo, para detectar las patologías preexistentes y, en su caso, para evaluar la adecuación del postulante —en función de sus características y antecedentes individuales— para aquellos trabajos en los que estuvieren eventualmente presentes los agentes de riesgo determinados por el Decreto N° 658 de fecha 24 de junio de 1996.

Queda excluida de los exámenes preocupacionales la realización de reacciones serológicas para la detección de la enfermedad de Chagas-Mazza, conforme a lo establecido en el artículo 5° de la Ley N° 26.281.

2. La realización de los exámenes preocupacionales es obligatoria, debiendo efectuarse de manera previa al inicio de la relación laboral. La realización del examen preocupacional es responsabilidad del empleador, sin perjuicio de que el empleador pueda convenir con su Aseguradora de Riesgos del Trabajo (A.R.T.) la realización del mismo.

3. Los contenidos de estos exámenes serán, como mínimo, los del ANEXO I de la presente resolución. En caso de preverse la exposición a los agentes de riesgo del Decreto N° 658/96, deberán, además, efectuarse los estudios correspondientes a cada agente detallados en el ANEXO II de la presente resolución.

Art. 3° — Exámenes periódicos: objetivos, obligatoriedad, oportunidad de su realización, contenidos y responsables.

1. Los exámenes periódicos tienen por objetivo la detección precoz de afecciones producidas por aquellos agentes de riesgo determinados por el Decreto N° 658/96 a los cuales el trabajador se encuentre expuesto con motivo de sus tareas, con el fin de evitar el desarrollo de enfermedades profesionales.

2. La realización de estos exámenes es obligatoria en todos los casos en que exista exposición a los agentes de riesgo antes mencionados, debiendo efectuarse con las

frecuencias y contenidos mínimos indicados en el ANEXO II de la presente Resolución, incluyendo un examen clínico anual.

3. La realización del examen periódico es responsabilidad de la A.R.T. o Empleador Autoasegurado, sin perjuicio de que la A.R.T. puede convenir con el empleador su realización.

4. En el caso de trabajadores expuestos al agente de riesgo Ruido corresponderá a la A.R.T. la realización de una Audiometría Tonal (vía área y vía ósea) transcurridos los SEIS (6) meses de inicio de la relación laboral, con el objeto de evaluar la susceptibilidad de aquellos. A tales fines, previo al vencimiento del plazo señalado, el empleador deberá informarle a la A.R.T. el nombre del trabajador expuesto y el resultado del estudio efectuado en el examen preocupacional. Con dicha información, la A.R.T. pondrá en conocimiento del empleador el centro médico en donde deberá llevarse a cabo el estudio. El resultado de la Audiometría Tonal será notificado al empleador en los casos que así corresponda.

5. Los empleadores afiliados deberán suministrar a la A.R.T., la nómina de trabajadores expuestos a cada uno de los agentes de riesgo, al momento de la afiliación a una A.R.T. o de la renovación del contrato. La A.R.T. tendrá un plazo de CUARENTA Y CINCO (45) días para comunicar al empleador, por medio fehaciente, los días y franjas horarias de, el o los centros asistenciales a los cuales los trabajadores deben concurrir para la realización de los exámenes correspondientes. A partir de dicha comunicación, el empleador dispondrá de un máximo de NOVENTA (90) días dentro del cual deberá autorizar la concurrencia de los trabajadores para realizarse el examen, sin alterar la periodicidad o frecuencia de su realización. Si por razones de fuerza mayor los trabajadores no pudiesen concurrir, en tiempo y forma a los centros asistenciales habilitados para tal fin, la Aseguradora realizará sus mayores esfuerzos para efectuar los exámenes médicos en los propios establecimientos laborales, cuando esa posibilidad resultare factible. El Empleador y la A.R.T. acordarán las fechas, logística y la infraestructura para la realización de los exámenes médicos, de una manera cierta.

Art. 4º — Exámenes previos a la transferencia de actividad: objetivos, supuestos y contenidos.

1. Los exámenes previos a la transferencia de actividad tienen, en lo pertinente, los objetivos indicados para los exámenes de ingreso y de egreso.

2. En los casos previstos en el apartado siguiente, los exámenes deberán efectuarse antes del cambio efectivo de tareas.

3. Es obligatoria la realización de exámenes previos a la transferencia de actividad toda vez que dicho cambio implique el comienzo de una eventual exposición a uno o más agentes de riesgo determinados por el Decreto N° 658/96, no relacionados con las tareas anteriormente desarrolladas. La realización de este examen será, en este supuesto, responsabilidad del empleador. Los contenidos del examen serán, como mínimo, los indicados en el ANEXO II de la presente resolución.

4. Cuando el cambio de tareas conlleve el cese de la eventual exposición a los agentes de riesgo antes mencionados, el examen previsto en este artículo tendrá carácter optativo. La realización de este examen será, en este supuesto, responsabilidad de la A.R.T. o Empleador Autoasegurado.

Art. 5º — Exámenes posteriores a ausencias prolongadas: objetivos, carácter optativo, oportunidad de su realización y responsables.

1. Los exámenes posteriores a ausencias prolongadas tienen como propósito detectar las patologías eventualmente sobrevenidas durante la ausencia.

2. Estos exámenes tienen carácter optativo, pero sólo podrán realizarse en forma previa al reinicio de las actividades del trabajador.

3. La realización de este examen será responsabilidad de la A.R.T. o Empleador Autoasegurado, sin perjuicio de que estos, puedan convenir con el empleador su realización.

4. Las A.R.T. o Empleadores Autoasegurados determinarán los criterios para considerar que se configura el supuesto del presente artículo, debiendo comunicárselos a los empleadores afiliados. Los casos de ausencia prolongada deberán ser notificados por el empleador a la A.R.T. en los plazos y modalidades que ésta establezca.

Art. 6º — Exámenes previos a la terminación de la relación laboral o de egreso: objetivos, carácter optativo, oportunidad de su realización y responsables.

1. Los exámenes previos a la terminación de la relación laboral o de egreso tendrán como propósito comprobar el estado de salud frente a los elementos de riesgo a los que hubiere sido expuesto el trabajador al momento de la desvinculación. Estos exámenes permitirán el tratamiento oportuno de las enfermedades profesionales al igual que la detección de eventuales secuelas incapacitantes.

2. Los exámenes de egreso tienen carácter optativo. Se llevarán a cabo entre los DIEZ (10) días anteriores y los TREINTA (30) días posteriores a la terminación de la relación laboral.

3. La realización de este examen será responsabilidad de la A.R.T. o Empleador Autoasegurado, sin perjuicio de que estos puedan convenir con el empleador su realización.

4. El cese de la relación laboral deberá ser notificado por el empleador a la A.R.T. en los plazos y modalidades que ésta establezca.

Art. 7º — Derechos y obligaciones del trabajador.

El trabajador tiene derecho a ser informado del resultado de los exámenes que se le hayan realizado y a obtener del empleador o de la A.R.T. a su requerimiento, una copia de los mismos.

Los exámenes médicos a los que se refiere la presente resolución, serán obligatorios para el trabajador, quien deberá asimismo proporcionar, con carácter de declaración jurada, la información sobre antecedentes médicos y patologías que lo afecten y de los que tenga conocimiento.

Art. 8º — Profesionales y centros habilitados.

Los exámenes establecidos en la presente resolución, deberán ser realizados en centros o instalaciones complementarias (fijas o móviles) habilitados por la autoridad sanitaria y bajo la responsabilidad de un médico del trabajo habilitado ante la autoridad correspondiente.

Art. 9º — El incumplimiento de las obligaciones impuestas en la presente resolución a las A.R.T. y empleadores, será juzgado y comprobado mediante el procedimiento reglado por las Resoluciones S.R.T. N° 10 de fecha 13 de febrero de 1997 y N° 25 de fecha 26 de marzo de 1997 y pasible de las sanciones establecidas por la normativa vigente.

Art. 10. — Otras obligaciones.

En todos los casos, los responsables de la realización de los exámenes previstos en la presente Resolución, deberán prever el acceso a los resultados de los mismos a los auditores médicos de la SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO (S.R.T).

Art. 11. — Anexos.

Apruébanse los ANEXOS I, II, III, IV y V como parte integrante de la presente resolución.

1. Los estudios previstos en los ANEXOS I y II tienen el carácter de mínimos obligatorios, quedando, no obstante, a criterio de los profesionales intervinientes la realización de otros estudios que no se hallen allí contemplados.
2. Los estudios del ANEXO II podrán sustituirse por otros que resulten equivalentes, según el criterio de los profesionales intervinientes. A tal efecto, se entiende que habrá equivalencia cuando los estudios alternativos posean igual o mayor sensibilidad y especificidad que los previstos en el ANEXO II de la presente Resolución.
3. En caso que la A.R.T. o el empleador autoasegurado haga uso de la facultad otorgada en el párrafo precedente, deberá presentar previamente ante la S.R.T. la nómina, debidamente fundamentada, de los exámenes equivalentes que sustituirán a los indicados en los Anexos de la presente resolución. La autoridad de aplicación formulará las observaciones y solicitará los informes complementarios que estime pertinentes.
4. Los Cuestionarios Direccionados, descriptos en los Anexos III, IV y V deberán ser realizados a los trabajadores expuestos cuando se presenten los agentes de riesgo: Sobrecarga en el uso de la voz; Iluminación Insuficiente y Gestos Repetitivos y Posiciones Forzadas, respectivamente.

Art. 12. — Se entenderá que los sujetos indicados como responsables de la realización de los exámenes médicos, descriptos en la presente resolución, deberán hacerse cargo, en cada caso, del costo de los mismos, sin perjuicio de que las A.R.T. y los empleadores, sobre la base de la normativa vigente, acuerden otra modalidad de pago.

Art. 13. — Deróganse las Resoluciones S.R.T. N° 43 de fecha 12 de junio de 1997, N° 28 de fecha 13 de marzo de 1998 y N° 54 de fecha 9 de junio de 1998.

Art. 14. — La presente resolución entrará en vigencia a partir del día siguiente al de su publicación en el Boletín Oficial.

Art. 15. — Regístrese, comuníquese, dése a la Dirección Nacional de Registro Oficial 1 para su publicación y archívese. — Juan H. González Gaviola.

ANEXO I

LISTADO DE LOS EXAMENES Y ANALISIS COMPLEMENTARIOS GENERALES

- I. Examen físico completo, que abarque todos los aparatos y sistemas, incluyendo agudeza visual cercana y lejana.
- II. Radiografía panorámica de tórax.
- III. Electrocardiograma.
- IV. Exámenes de laboratorio:
 - A. Hemograma completo.
 - B. Eritrosedimentación.
 - C. Uremia.
 - D. Glucemia.
 - E. Orina completa.
- V. Estudios neurológicos y psicológicos cuando las actividades a desarrollar por el postulante puedan significar riesgos para sí, terceros o instalaciones (por ejemplo conductores de automotores, grúas, autoelevadores, trabajos en altura, etcétera).
- VI. Declaración jurada del postulante o trabajador respecto a las patologías de su conocimiento.

RESOLUCIÓN 905/2015

Superintendencia de Riesgos del Trabajo

Bs. As., 23/4/2015

VISTO el Expediente N° 57.170/14 del Registro de esta SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO (S.R.T.), las Leyes N° 19.587, N° 24.557, los Decretos N° 351 de fecha 5 de febrero de 1979, N° 1.338 de fecha 25 de noviembre de 1996, N° 1.057 de fecha 11 de noviembre de 2003, la Resolución S.R.T. N° 37 de fecha 14 de enero de 2010, y

CONSIDERANDO:

Que el inciso a) del artículo 5° de la Ley N° 19.587 de Higiene y Seguridad en el Trabajo establece que, a los fines de la aplicación de dicha norma, se consideran básicos, entre otros principios y métodos de ejecución, la creación de servicios de Higiene y Seguridad en el Trabajo, y de Medicina del Trabajo de carácter preventivo y asistencial.

Que con fecha 5 de febrero de 1979 el PODER EJECUTIVO NACIONAL (P.E.N.) aprobó la reglamentación de la Ley N° 19.587 mediante el dictado del Decreto N° 351. Que el artículo 35 de la Ley N° 24.557 creó la SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO (S.R.T.) como entidad autárquica y descentralizada en jurisdicción del entonces MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL.

Que la Ley N° 24.557 y su reglamentación imponen obligaciones a las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo (A.R.T.) en la materia de higiene y seguridad y medicina del trabajo.

Que a los fines de delimitar y evitar superposición de funciones entre la Ley N° 24.557 y el Decreto 351/79 en materia de Servicios de Higiene y Seguridad en el Trabajo y de Medicina del Trabajo, el PODER EJECUTIVO NACIONAL emitió en fecha 25 de noviembre de 1996 el Decreto N° 1.338, por el cual se estableció la obligatoriedad para el empleador de contar en los establecimientos, con Servicios de Higiene y Seguridad en el Trabajo y Medicina del Trabajo en función de los trabajadores equivalentes y de los riesgos de la actividad.

Que el artículo 5° del Decreto N° 1.338/96 establece que el Servicio de Medicina del Trabajo tiene como misión fundamental promover y mantener el más alto nivel de salud de los trabajadores.

Que el artículo 10 del decreto mencionado en el considerando precedente establece que el Servicio de Higiene y Seguridad en el Trabajo tiene como misión fundamental implementar la política fijada por el establecimiento en la materia, tendiente a determinar, promover y mantener adecuadas condiciones ambientales en los lugares de trabajo, debiendo registrar las acciones destinadas a cumplir con dichas políticas.

Que la gestión coordinada entre ambos Servicios y las demás áreas de una empresa, facilita la implementación de un Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo.

Que en dicho contexto, resulta necesario establecer las funciones y/o tareas que permitan a los Servicios de Higiene y Seguridad en el Trabajo y de Medicina del Trabajo dar cumplimiento a las misiones que impone el mentado Decreto N° 1.338/96.

Que mediante los artículos 1°, 2° y 3° del Decreto N° 1.057 de fecha 11 de noviembre de 2003, se facultó a esta S.R.T. a dictar una norma como la que se impulsa.

Que la Gerencia de Asuntos Legales de esta S.R.T. emitió el pertinente dictamen de legalidad, conforme lo dispone el artículo 7°, inciso d) de la Ley N° 19.549.

Que la presente se dicta en virtud de las facultades conferidas en el artículo 36, apartado 1°, inciso a) de la Ley N° 24.557 y en el Decreto N° 1.057/03.

Por ello,

EL SUPERINTENDENTE DE RIESGOS DEL TRABAJO
RESUELVE:

Art. 1° — Establécense las funciones que deberán desarrollar los Servicios de Higiene y Seguridad en el Trabajo y de Medicina del Trabajo en cumplimiento de las disposiciones establecidas en el Decreto N° 1.338 de fecha 25 de noviembre de 1996, en los plazos que determine oportunamente la SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO (S.R.T.) considerando el riesgo propio de la actividad, el tamaño de la empresa y la inclusión en los planes de focalización de la S.R.T.

Art. 2° — Apruébanse las “Funciones Conjuntas de Ambos Servicios” que como Anexo I forma parte integrante de la presente resolución.

Art. 3° — Apruébanse las “Funciones del Servicio de Higiene y Seguridad en el Trabajo” que como Anexo II forma parte integrante de la presente resolución.

Art. 4° — Apruébanse las “Funciones del Servicio de Medicina del Trabajo”, que como Anexo III forma parte integrante de la presente resolución.

Art. 5° — Créase el “Registro Digital Único de Legajos de Salud” que se integrará con la información suministrada por los Servicios de Medicina del Trabajo de los establecimientos y las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo (A.R.T.) de acuerdo a las pautas que determinará la S.R.T. Esta información será visualizada solamente por la S.R.T., y será suministrada al trabajador a su requerimiento.

Art. 6° — Los Servicios de Higiene y Seguridad en el Trabajo y de Medicina del Trabajo deberán registrar ante esta S.R.T., con carácter de declaración jurada, las acciones ejecutadas en cumplimiento de sus funciones por medio de las herramientas informáticas diseñadas y puestas a disposición por esta S.R.T. en los plazos y formatos que oportunamente se determine.

Art. 7° — La S.R.T. arbitrará los medios necesarios para la inscripción de los responsables y auxiliares de los Servicios de Higiene y Seguridad en el Trabajo y de Medicina del Trabajo a fin de que accedan a las herramientas informáticas suministradas por el Organismo.

Art. 8° — Facúltase a la Gerencia de Prevención, a la Gerencia de Sistemas y a la Gerencia de Planificación, Información Estratégica y Calidad de Gestión, para que en forma conjunta, puedan diseñar las herramientas informáticas, determinar y/o modificar estructuras de datos, formatos, plazos, condiciones y requisitos establecidos en la presente resolución y sus Anexos, así como dictar normas complementarias.

Art. 9° — La presente resolución entrará en vigencia a partir del día siguiente al de su publicación en el Boletín Oficial.

Art. 10° — Comuníquese, publíquese, dese a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese. — Dr. JUAN H. GONZALEZ GAVIOLA, Superintendente de Riesgos del Trabajo.

ANEXO I

FUNCIONES CONJUNTAS DE AMBOS SERVICIOS

Los empleadores adoptarán los recaudos necesarios para que los Servicios de Higiene y Seguridad en el Trabajo y de Medicina del Trabajo actúen en forma coordinada, en el ámbito de sus respectivas incumbencias, a los efectos de cumplir con las funciones que se indican seguidamente.

1. Asesorar al empleador en la definición de la política del establecimiento en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo, que tendrá por objeto fundamental prevenir todo daño a la salud psicofísica de los trabajadores por las condiciones de su trabajo, en armonía con las políticas establecidas para el sector en materia de calidad y ambiente de trabajo.

2. Relevar y confeccionar, por establecimiento, el Mapa de Riesgos que contendrá:

2.1. La Nómina del Personal Expuesto a Agentes de Riesgo de Enfermedades Profesionales o lo que oportunamente establezca la SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO (S.R.T.).

2.2. El Relevamiento General de Riesgos Laborales.

2.3. El análisis y evaluación de riesgos por puesto de trabajo con las medidas preventivas.

El mapa de riesgos deberá estar firmado por los responsables de ambos servicios.

3. Contemplar dentro del mapa de riesgos, la evaluación de los riesgos de accidentes y de agentes causantes de enfermedades profesionales en los puestos de trabajo y en función de ello proponer tanto las medidas correctivas y preventivas a realizarse, como los elementos de protección personal necesarios según la legislación vigente.

El Mapa de Riesgos considerará los diferentes riesgos y/o procedimientos nocivos para la salud psicofísica del trabajador.

4. Corroborar el cumplimiento de la normativa en Seguridad y Salud en el Trabajo, proponiendo las medidas preventivas adecuadas, identificando y evaluando los riesgos que puedan afectar a la salud en el lugar de trabajo.

5. Registrar el seguimiento de los avances, retrocesos y/o adecuaciones comprometidas por el empleador en el Plan de Regularización de Incumplimientos a partir del Relevamiento General de Riesgos Laborales y demás instrumentos del Mapa de Riesgos; las acciones acordadas con la Aseguradora de Riesgos del Trabajo (A.R.T.) o Empleadores Autoasegurados (E.A.) en los distintos planes de focalización, o programas que establezca oportunamente la S.R.T.; el grado de cumplimiento de las adecuaciones correspondientes a las denuncias realizadas por la A.R.T., como así también registrar otras acciones llevadas a cabo en sus respectivos Servicios.

6. Verificar y registrar las acciones que lleva a cabo la A.R.T. o el E.A. por establecimiento, a saber: exámenes médicos periódicos y prestaciones médicas que se efectúen a los trabajadores, visitas según programas o planes de focalización, visitas y otras tareas programadas por la A.R.T. o E.A., en su Programación Anual en materia de prevención.

7. Visitar y relevar los puestos de trabajo, según lo ameriten los riesgos propios de la actividad, el tamaño de la empresa y la inclusión a planes de focalización de la S.R.T., para lo cual tendrán acceso a todas las áreas del establecimiento.

8. Identificar los riesgos presentes en las instalaciones edilicias y de servicios tales como sanitarias, agua, gas, luz, calefacción, aire acondicionado y otros. Asimismo, cuando sean proporcionados por el empleador, supervisar las condiciones de vestuarios, sanitarios, cocina, comedores y alojamientos.

9. Identificar y analizar los factores del ambiente de trabajo que puedan afectar la salud de los trabajadores.

10. Conocer los procesos productivos, las materias primas, insumos y productos y en función de ello, elaborar los procedimientos de trabajo seguro para cada una de las tareas.

11. Controlar y verificar que la alimentación provista por el empleador, contemple una dieta equilibrada, acorde a la actividad y al ambiente en el que se desarrolla el trabajo.

12. Evaluar los resultados de los análisis de agua para uso humano.

13. Elaborar estadísticas de accidentes de trabajo, enfermedades profesionales, ausentismo, entre otras, relacionadas con las tareas, evaluándolas por medio de Índices de Frecuencia, Gravedad, Incidencia, Riesgos, y los que consideren necesarios a su criterio o los que indique la S.R.T. oportunamente.

14. Analizar y evaluar las alternativas de readaptación del puesto de trabajo o cambio de tarea, para aquellos trabajadores con problemas de salud de naturaleza inculpable; y

analizar y evaluar, las alternativas de readaptación del puesto de trabajo o cambio de tarea, a fin de participar en la confección del informe previsto en el inciso e) del artículo 7 de la Resolución S.R.T. N° 216/03, para aquellos trabajadores con problemas de salud de naturaleza profesional.

15. Elaborar y ejecutar el Programa Anual de Capacitación por establecimiento en Higiene y Seguridad y Medicina del Trabajo, el que deberá ser suscripto por los niveles jerárquicos del establecimiento.

15.1. Dicho Programa deberá considerar mínimamente los siguientes contenidos:

15.1.1. Identificación de los peligros y la estimación de riesgos de las tareas desarrolladas por puesto de trabajo y su impacto en la salud.

15.1.2. Prevención de enfermedades profesionales y accidentes de trabajo, de acuerdo a las características y riesgos propios, generales y específicos de las tareas que se desempeñan por puesto de trabajo, incluyendo los accidentes In Itinere.

15.1.3. Procedimientos de trabajo seguro para cada una de las tareas incluyendo la correcta utilización de los elementos de protección necesarios para llevarla a cabo.

15.1.4. Conceptos de ergonomía.

15.2. La capacitación otorgada deberá contemplar:

15.2.1. Emisión y entrega de certificados, acreditando la asistencia de los trabajadores.

15.2.2. Determinar la metodología más adecuada para evaluar a los participantes del curso y para verificar la efectividad de la capacitación.

15.2.3. Documentar las capacitaciones brindadas con indicación de temas, contenidos, duración, fechas, firma y aclaración de los responsables de Los Servicios, de los instructores a cargo de la capacitación y del personal capacitado, aclarando el D.N.I. y el puesto de trabajo.

15.2.4. Entregar material en formato digital o papel incluyendo los contenidos de la capacitación.

16. Realizar informes periódicos con el objeto de asesorar a las autoridades del establecimiento y a los trabajadores sobre el estado y/o la evolución de los factores de riesgo y circunstancias que puedan afectar a la salud de los trabajadores.

17. Promover la conformación del Comité Mixto de Higiene y Seguridad en el Trabajo de carácter paritario y la implementación de un Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo.

18. Asesorar e intervenir ante los requerimientos provenientes del Comité Mixto de Higiene y Seguridad en el Trabajo y/o del Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo.

19. Participar en la confección o elaborar programas de promoción de la salud, calidad de vida laboral y educación en hábitos saludables, que se deberán llevar a cabo para el personal del establecimiento.

20. Definir los requerimientos de higiene, seguridad y capacitación que debe tener el personal eventual, tercerizado o contratado para prevenir accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

Este listado de funciones y tareas podrá ser ampliado de acuerdo a la opinión de los responsables de ambos Servicios o a solicitud de la S.R.T. o de otra autoridad competente.

ANEXO II

FUNCIONES DEL SERVICIO DE HIGIENE Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO

El Servicio de Higiene y Seguridad en el Trabajo tiene las siguientes funciones y tareas a cumplir en el ámbito de cada establecimiento, además de las que debe realizar en forma coordinada con el Servicio de Medicina del Trabajo.

Las funciones que se describen a continuación son las mínimas que se consideran necesarias para llevar a cabo un correcto control de las condiciones y medio ambiente del trabajo.

1. Elaborar un Programa de Higiene y Seguridad en el Trabajo como parte del Programa Anual de Prevención de Riesgos y definir objetivos considerando lo que surja del Mapa de Riesgos del establecimiento, que incluye al Relevamiento General de Riesgos Laborales, la nómina del personal expuesto a Agentes de Riesgo de Enfermedades Profesionales y al análisis y evaluación de riesgos por puesto de trabajo.
2. Confeccionar el manual de procedimientos del Servicio de Higiene y Seguridad, estableciendo revisiones periódicas que consideren: los incidentes, accidentes, que sucedieron en el establecimiento durante cada período de revisión. Dicho manual debe contener como mínimo:

- 2.1. Normas generales de seguridad.

- 2.2. Plan de Contingencias con asignación de roles que contenga:

- 2.2.1. Organigrama operativo.

- 2.2.2. Capacitación del personal.

- 2.2.3. Plan de evacuación con realización periódica de simulacros.

- 2.2.4. Plan de preparación ante emergencias.

- 2.2.5. Coordinación con entidades externas.

- 2.2.6. Proceso de corte de energía eléctrica del establecimiento incluyendo bloqueo y enclavamiento de los aparatos de corte según corresponda.

- 2.2.7. Proceso de corte de gas y otras energías, de acuerdo a la actividad del establecimiento.

- 2.2.8. Plan de recuperación posterior a la emergencia.

- 2.3. Procedimientos de trabajo seguro para todas las tareas.

- 2.4. Procedimientos por establecimiento para evaluar el avance en:

- 2.4.1. El cumplimiento de las adecuaciones a la normativa vigente que surjan del Mapa de Riesgos.

- 2.4.2. El cumplimiento de lo establecido en los planes de focalización de la SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO (S.R.T.) según corresponda.

- 2.4.3. El cumplimiento de lo requerido en las denuncias realizadas por la A.R.T. en el sistema de intercambio.

3. Disponer y mantener actualizada la siguiente información:

- 3.1. Diagrama de procesos y distribución en planta con indicación de todas las maquinarias señalando las áreas que presenten o puedan presentar riesgos en materia de Higiene y Seguridad en el Trabajo.

- 3.2. Planos generales y de detalle de los servicios de prevención y lucha contra incendio del establecimiento, así como también de todo dispositivo o sistema de seguridad existente para tal fin.

- 3.3. Planos generales de evacuación y vías de escape.

4. Efectuar y verificar la ejecución del Programa Anual de Prevención de Riesgos.

5. Si al efectuar y verificar la ejecución del Programa Anual de Prevención de Riesgos se detectaran cambios en el establecimiento respecto de los estudios, mediciones, cálculos, análisis y toma de muestras necesarias para determinar la presencia de contaminantes químicos, físicos, biológicos o factores ergonómicos desfavorables en el ambiente de trabajo, deberán evaluarse los resultados y recomendar las mejoras necesarias.

6. Registrar todas las mediciones y evaluaciones de los contaminantes señalados en el párrafo anterior.

7. Participar en la elaboración de los estudios y proyectos sobre instalaciones, modificaciones y ampliaciones tanto edilicias como de las operaciones industriales, en el área de su competencia.
8. Especificar las características, condiciones de uso y conservación de los elementos de protección personal con la colaboración del Servicio de Medicina del Trabajo.
9. Elaborar y ejecutar un Plan de Capacitación anual que contenga como mínimo:
 - 9.1. Uso adecuado de elementos de protección personal.
 - 9.2. Plan de evacuación ante emergencias.
 - 9.3. Riesgo de incendio y uso de extintores.
 - 9.4. Riesgo eléctrico.
 - 9.5. Autocontrol preventivo.
 - 9.6. Manejo seguro y responsable.
 - 9.7. Otros que considere el responsable del Servicio.
10. Registrar la capacitación al personal, en función del Programa Anual de Capacitación confeccionado en conjunto con el Servicio de Medicina del Trabajo.
11. Promover y difundir la Seguridad en todo el establecimiento mediante carteles, medios electrónicos, normas generales de seguridad, advertencias, señalética, boletines y otros que el responsable del Servicio considere apropiados.
12. Efectuar la investigación de accidentes mediante el método del “Árbol de Causas” u otro método similar, de la totalidad de los accidentes de trabajo acontecidos, con la participación de la supervisión y con la colaboración del Servicio de Medicina del Trabajo. En todos los casos se indicarán las causas que dieron origen al accidente, y a su vez se establecerán las medidas correctivas y preventivas que deberán implementarse a los fines de evitar su recurrencia.

La documentación resultante contendrá la firma y aclaración de Los Servicios en el ámbito de su competencia.

El resultado de las investigaciones deberá ser comunicada de forma fehaciente al empleador o a quien él designe para tal función, a los efectos de tomar conocimiento de las mismas.
- 12.1. Considerar, de manera analítica y complementaria, las causas y las medidas correctivas y preventivas que surjan de las investigaciones de accidentes realizadas por la A.R.T.
13. Capacitar en la inducción al trabajador que ingresa por primera vez a un puesto de trabajo, contemplando los riesgos generales y específicos de las tareas, procedimientos de trabajo seguro y medidas preventivas, con la colaboración del Servicio de Medicina del Trabajo, en el ámbito de su competencia.
14. Coordinar las acciones de prevención para trabajo simultáneo de varios contratistas, en caso que los hubiera, mediante la elaboración de un programa al cual deberán adherir las empresas intervinientes.
15. El personal Técnico Auxiliar en Higiene y Seguridad, colaborador del responsable del Servicio de Higiene y Seguridad en el Trabajo, tendrá entre otras, las siguientes funciones y tareas básicas:
 - 15.1. Asistir y colaborar con el responsable del Servicio en sus tareas habituales.
 - 15.2. Actuar en tareas de capacitación en materia de Higiene y Seguridad en el Trabajo.
 - 15.3. Realizar tareas administrativas de mantenimiento de la documentación y registros de actividades.
 - 15.4. Colaborar en la selección y control visual de los elementos y equipos para protección personal, colectiva, de lucha contra incendios y de Seguridad e Higiene en general.
 - 15.5. Colaborar en la investigación de accidentes.

15.6. Mantener informado al responsable del Servicio sobre todas las novedades relacionadas con las funciones específicas del Servicio.

15.7. Supervisar el cumplimiento de las normas de Higiene y Seguridad en el establecimiento facilitando la implementación de las medidas preventivas que correspondan.

15.8. Controlar la documentación de Higiene y Seguridad que deban presentar los contratistas.

16. Documentar con fecha y hora todas las recomendaciones y acciones efectuadas por el Responsable del Servicio. La documentación debe ser conservada adecuadamente en el establecimiento, estar suscripta por el responsable del Servicio y disponible para la autoridad competente ante su requerimiento.

17. El Servicio de Higiene y Seguridad deberá notificar de manera fehaciente al Empleador o a quien él designe para tal función, sobre las medidas que se deben realizar en el establecimiento.

El análisis y las conclusiones de los resultados del control de las condiciones y medio ambiente de trabajo, como así también los resultados de la vigilancia de la salud de los trabajadores, deberán ser utilizados para la prevención y promoción de la salud.

Este listado de funciones y tareas podrá ser ampliado de acuerdo a la opinión del responsable del Servicio o a solicitud de la S.R.T. o de otra autoridad competente.

ANEXO III

FUNCIONES DEL SERVICIO DE MEDICINA DEL TRABAJO

El Servicio de Medicina del Trabajo tiene las siguientes funciones y tareas a cumplir en el ámbito de cada establecimiento, además de las que debe realizar indefectiblemente en forma coordinada con el Servicio de Higiene y Seguridad en el Trabajo.

Las funciones que se describen a continuación son las mínimas que se consideran necesarias para llevar a cabo una correcta vigilancia de la salud de los trabajadores.

1. Elaborar un Programa de Medicina del Trabajo como parte del Programa Anual de Prevención de Riesgos Laborales y definir objetivos, estableciendo los que se deben cumplir en coordinación con el Servicio de Higiene y Seguridad en el Trabajo en el área de su competencia, adaptado a la magnitud del establecimiento, riesgos emergentes, características propias de éste y evaluar posteriormente su resultado.

2. Confeccionar un Manual de Procedimientos Médicos que contenga como mínimo un listado del cumplimiento de adecuación a la legislación, procedimientos para la evaluación de agentes de riesgo de enfermedades profesionales en los puestos de trabajo, procedimientos de seguridad de la información confidencial del Servicio, procedimientos de enfermería, procedimiento sobre manejo de residuos patogénicos/patológicos, procedimiento de administración de medicamentos, protocolos de emergencias médicas, procedimientos de actuación médica, plan de respuesta a la emergencia médica y otros que el responsable del Servicio considere necesarios.

3. Realizar visitas en forma periódica con el objetivo de tomar conocimiento de los puestos de trabajo, para lo cual dispondrá de acceso a todas las áreas del establecimiento.

4. Elaborar un procedimiento para determinar los requerimientos de los exámenes médicos preocupacionales en función del puesto de trabajo que ocupará cada uno de los trabajadores en el establecimiento.

5. Elaborar un Procedimiento de Vigilancia Médica que, en consonancia con los exámenes médicos previstos por la Resolución S.R.T. N° 37/10 y/o sus modificatorias, cumpla con las siguientes acciones:

5.1. Disponer de dichos exámenes.

5.2. Evaluar sus resultados.

- 5.3. Hacer las recomendaciones que se estimen pertinentes.
- 5.4. Asegurar que el trabajador haya sido informado sobre las conclusiones de dichos exámenes.
6. Informar al empleador sobre la aptitud física o psicofísica, según corresponda, de cada trabajador para las tareas que está desarrollando o que se le asignarán.
7. Ejecutar acciones de asistencia y seguimiento al trabajador con enfermedad inculpable, accidentado y/o con enfermedad profesional.
8. Realizar estudios de ausentismo por morbilidad, para orientación del programa preventivo correspondiente.
9. Ejecutar acciones de educación sanitaria, socorrismo y vacunación.
10. Confeccionar un “Registro de Enfermedades Profesionales y Accidentes de Trabajo”, con todos los datos personales y laborales del trabajador.
11. Verificar que los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales hayan sido denunciados en tiempo y forma a la Aseguradora de Riesgos del Trabajo.
12. Realizar la investigación de las enfermedades profesionales y las manifestaciones tempranas de origen ocupacional con la participación de la supervisión y la colaboración del Servicio de Higiene y Seguridad en el Trabajo. En todos los casos se indicarán las causas que dieron origen a la enfermedad profesional y/o las manifestaciones tempranas; y a su vez se establecerán las medidas correctivas y preventivas que deberán implementarse a los fines de evitar su recurrencia. La documentación resultante contendrá la firma y aclaración de Los Servicios en el ámbito de su competencia.

El resultado de las investigaciones deberá ser comunicada de forma fehaciente, al empleador o a quien él designe para tal función, a los efectos de tomar conocimiento de las mismas.
- 12.1. Considerar, de manera analítica y complementaria, las causas y las medidas correctivas y preventivas que surjan de las investigaciones de enfermedades profesionales y/o manifestaciones tempranas de origen ocupacional realizadas por la A.R.T.
13. Realizar en el ámbito del establecimiento, cuando sea posible y apropiado, las siguientes acciones de Atención Primaria de la Salud:
 - 13.1. Evacuar todas las consultas médicas de los trabajadores que lo soliciten y dejar constancia de ello en la correspondiente historia clínica.
 - 13.2. Brindar los primeros auxilios en caso de enfermedad o accidente de trabajo.
 - 13.3. Comunicar a todo el personal la orientación del Servicio Médico hacia una atención integral de la Salud.
14. Corroborar y asegurar la atención médica brindada por la A.R.T. o E.A., en los casos de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.
15. Implementar y mantener actualizado un Legajo de Salud de cada uno de los trabajadores que deberá incluir la historia clínica, los exámenes médicos en salud, las acciones mencionadas en los incisos 5.1., 5.2., 5.3. y 5.4. del punto 5 y toda otra información médica relacionada con la salud del trabajador. Este Legajo, que es personal y confidencial de cada trabajador, debe ser conservado por el Servicio de Medicina del Trabajo y oportunamente adaptarse al modelo que estipule la S.R.T.
16. Elaborar y ejecutar un Plan de Capacitación anual que contenga como mínimo:
 - 16.1. HIV/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual.
 - 16.2. Drogas de abuso.
 - 16.3. Vida saludable.
 - 16.4. Primeros auxilios y Reanimación Cardio Pulmonar.
 - 16.5. Prevención cardiovascular.

- 16.6. Efectos del tabaco sobre la salud.
 - 16.7. Otros que el responsable del Servicio considere necesarios.
 - 17. Documentar la capacitación al personal, en función del Programa Anual de Capacitación confeccionado en conjunto con el Servicio de Higiene y Seguridad.
 - 18. Registrar con fecha y hora todas las recomendaciones y acciones efectuadas por el Servicio. La documentación generada en consecuencia debe ser conservada y archivada adecuadamente en el establecimiento, estar suscripta por el responsable del Servicio y estar disponible para la autoridad competente y para el trabajador ante su requerimiento.
 - 19. El Servicio de Medicina del Trabajo deberá notificar de manera fehaciente al Empleador o a quien él designe para tal función, sobre las medidas que se deben realizar en el establecimiento.
 - 20. El profesional de enfermería o enfermero/a será colaborador del médico y tendrá, como mínimo, las siguientes funciones:
 - 20.1. Preventivas:
 - 20.1.1. Realizar recorridos periódicos a los puestos de trabajo del establecimiento.
 - 20.1.2. Participar y colaborar en la elaboración del plan de emergencias.
 - 20.1.3. Colaborar en tareas de promoción de la salud y educación sanitaria.
 - 20.1.4. Manejar responsablemente los residuos patogénicos/patológicos según la normativa vigente.
 - 20.2. Asistenciales:
 - 20.2.1. Asistir al médico en sus tareas habituales.
 - 20.2.2. Proporcionar cuidados y procedimientos de enfermería.
 - 20.2.3. Colaborar y participar de los exámenes médicos en salud.
 - 20.2.4. Actuar en primeros auxilios y cumplimentar prescripciones del médico.
 - 20.2.5. Acompañar al trabajador enfermo o accidentado en caso de ser trasladado, cuando la condición del paciente y las circunstancias lo requieran.
 - 20.3. Administrativas:
 - 20.3.1. Documentar las prestaciones otorgadas en un Libro de Enfermería e informar al responsable del Servicio las novedades.
 - 20.3.2. Colaborar en la organización de la realización de los exámenes médicos en salud.
 - 20.3.3. Controlar el stock de medicamentos, estado de botiquines y equipamiento médico informando al responsable del Servicio.
 - 20.3.4. Controlar la renovación, mantenimiento y calibración de los equipos que se utilicen en el Servicio.
 - 20.3.5. Colaborar en la confección y actualización de los procedimientos de enfermería.
 - 20.3.6. Colaborar en tareas administrativas y de mantenimiento de la documentación médica.
- El análisis y las conclusiones de los resultados de esta vigilancia, como así también de los resultados del control de las condiciones y medio ambiente del trabajo, deberán ser utilizados para la prevención y promoción de la salud en el trabajo.
- Este listado de funciones y tareas podrá ser ampliado de acuerdo a la opinión del responsable del Servicio o a solicitud de la S.R.T. o de otra autoridad competente.

C155 - Convenio sobre seguridad y salud de los trabajadores, 1981 (núm. 155)

Convenio sobre seguridad y salud de los trabajadores y medio ambiente de trabajo (Entrada en vigor: 11 agosto 1983) Adopción: Ginebra, 67ª reunión CIT (22 junio 1981) - Estatus: Instrumento actualizado (Convenios Técnicos).

Preámbulo

La Conferencia General de la Organización Internacional del Trabajo:

Convocada en Ginebra por el Consejo de Administración de la Oficina Internacional del Trabajo, y congregada en dicha ciudad el 3 junio 1981 en su sexagésima séptima reunión;

Después de haber decidido adoptar diversas proposiciones relativas a la seguridad, la higiene y el medio ambiente de trabajo, cuestión que constituye el sexto punto del orden del día de la reunión, y

Después de haber decidido que dichas proposiciones revistan la forma de un convenio internacional, adopta, con fecha 22 de junio de mil novecientos ochenta y uno, el presente Convenio, que podrá ser citado como el Convenio sobre seguridad y salud de los trabajadores, 1981:

Parte I. Campo de Aplicación y Definiciones

Artículo 1

- 1. El presente Convenio se aplica a todas las ramas de actividad económica.
- 2. Todo Miembro que ratifique el presente Convenio podrá, previa consulta tan pronto como sea posible con las organizaciones representativas de empleadores y de trabajadores interesadas, excluir parcial o totalmente de su aplicación a determinadas ramas de actividad económica, tales como el transporte marítimo o la pesca, en las que tal aplicación presente problemas especiales de cierta importancia.
- 3. Todo Miembro que ratifique el presente Convenio deberá enumerar, en la primera memoria sobre la aplicación del Convenio que someta en virtud del artículo 22 de la Constitución de la Organización Internacional del Trabajo, las ramas de actividad que hubieren sido excluidas en virtud del párrafo 2 de este artículo, explicando los motivos de dicha exclusión y describiendo las medidas tomadas para asegurar suficiente protección a los trabajadores en las ramas excluidas, y deberá indicar en las memorias subsiguientes todo progreso realizado hacia una aplicación más amplia.

Artículo 2

- 1. El presente Convenio se aplica a todos los trabajadores de las ramas de actividad económica abarcadas.
- 2. Todo Miembro que ratifique el presente Convenio podrá, previa consulta, tan pronto como sea posible, con las organizaciones representativas de empleadores y de trabajadores interesadas, excluir parcial o totalmente de su aplicación a categorías limitadas de trabajadores respecto de las cuales se presenten problemas particulares de aplicación.
- 3. Todo Miembro que ratifique el presente Convenio deberá enumerar, en la primera memoria sobre la aplicación del Convenio que someta en virtud del artículo 22 de la Constitución de la Organización Internacional del Trabajo, las categorías limitadas de trabajadores que hubiesen sido excluidas en virtud del párrafo 2 de este artículo, explicando los motivos de dicha exclusión, y deberá indicar en las memorias subsiguientes todo progreso realizado hacia una aplicación más amplia.

Artículo 3

A los efectos del presente Convenio:

- (a) la expresión **ramas de actividad económica** abarca todas las ramas en que hay trabajadores empleados, incluida la administración pública;
- (b) el término **trabajadores** abarca todas las personas empleadas, incluidos los empleados públicos;
- (c) la expresión **lugar de trabajo** abarca todos los sitios donde los trabajadores deben permanecer o adonde tienen que acudir por razón de su trabajo, y que se hallan bajo el control directo o indirecto del empleador;
- (d) el término **reglamentos** abarca todas las disposiciones a las que la autoridad o autoridades competentes han conferido fuerza de ley;
- (e) el término **salud**, en relación con el trabajo, abarca no solamente la ausencia de afecciones o de enfermedad, sino también los elementos físicos y mentales que afectan a la salud y están directamente relacionados con la seguridad e higiene en el trabajo.

Parte II. Principios de una Política Nacional

Artículo 4

- 1. Todo Miembro deberá, en consulta con las organizaciones más representativas de empleadores y de trabajadores interesadas y habida cuenta de las condiciones y práctica nacionales, formular, poner en práctica y reexaminar periódicamente una política nacional coherente en materia de seguridad y salud de los trabajadores y medio ambiente de trabajo.
- 2. Esta política tendrá por objeto prevenir los accidentes y los daños para la salud que sean consecuencia del trabajo, guarden relación con la actividad laboral o sobrevengan durante el trabajo, reduciendo al mínimo, en la medida en que sea razonable y factible, las causas de los riesgos inherentes al medio ambiente de trabajo.

Artículo 5

La política a que se hace referencia en el artículo 4 del presente Convenio deberá tener en cuenta las grandes esferas de acción siguientes, en la medida en que afecten la seguridad y la salud de los trabajadores y el medio ambiente de trabajo:

- (a) diseño, ensayo, elección, reemplazo, instalación, disposición, utilización y mantenimiento de los componentes materiales del trabajo (lugares de trabajo, medio ambiente de trabajo, herramientas, maquinaria y equipo; sustancias y agentes químicos, biológicos y físicos; operaciones y procesos);
- (b) relaciones existentes entre los componentes materiales del trabajo y las personas que lo ejecutan o supervisan, y adaptación de la maquinaria, del equipo, del tiempo de trabajo, de la organización del trabajo y de las operaciones y procesos a las capacidades físicas y mentales de los trabajadores;
- (c) formación, incluida la formación complementaria necesaria, calificaciones y motivación de las personas que intervienen, de una forma u otra, para que se alcancen niveles adecuados de seguridad e higiene;
- (d) comunicación y cooperación a niveles de grupo de trabajo y de empresa y a todos los niveles apropiados hasta el nivel nacional inclusive;
- (e) la protección de los trabajadores y de sus representantes contra toda medida disciplinaria resultante de acciones emprendidas justificadamente por ellos de acuerdo con la política a que se refiere el artículo 4 del presente Convenio.

Artículo 6

La formulación de la política a que se refiere el artículo 4 del presente Convenio debería precisar las funciones y responsabilidades respectivas, en materia de seguridad y salud de los trabajadores y medio ambiente de trabajo, de las autoridades públicas, los empleadores, los trabajadores y otras personas interesadas, teniendo en cuenta el carácter complementario de tales responsabilidades, así como las condiciones y la práctica nacionales.

Artículo 7

La situación en materia de seguridad y salud de los trabajadores y medio ambiente de trabajo deberá ser objeto, a intervalos adecuados, de exámenes globales o relativos a determinados sectores, a fin de identificar los problemas principales, elaborar medios eficaces de resolverlos, definir el orden de prelación de las medidas que haya que tomar, y evaluar los resultados.

Parte III. Acción a Nivel Nacional

Artículo 8

Todo Miembro deberá adoptar, por vía legislativa o reglamentaria o por cualquier otro método conforme a las condiciones y a la práctica nacionales, y en consulta con las organizaciones representativas de empleadores y de trabajadores interesadas, las medidas necesarias para dar efecto al artículo 4 del presente Convenio.

Artículo 9

- 1. El control de la aplicación de las leyes y de los reglamentos relativos a la seguridad, la higiene y el medio ambiente de trabajo deberá estar asegurado por un sistema de inspección apropiado y suficiente.
- 2. El sistema de control deberá prever sanciones adecuadas en caso de infracción de las leyes o de los reglamentos.

Artículo 10

Deberán tomarse medidas para orientar a los empleadores y a los trabajadores con objeto de ayudarles a cumplir con sus obligaciones legales.

Artículo 11

A fin de dar efecto a la política a que se refiere el artículo 4 del presente Convenio, la autoridad o autoridades competentes deberán garantizar la realización progresiva de las siguientes funciones:

- (a) la determinación, cuando la naturaleza y el grado de los riesgos así lo requieran, de las condiciones que rigen la concepción, la construcción y el acondicionamiento de las empresas, su puesta en explotación, las transformaciones más importantes que requieran y toda modificación de sus fines iniciales, así como la seguridad del equipo técnico utilizado en el trabajo y la aplicación de procedimientos definidos por las autoridades competentes;
- (b) la determinación de las operaciones y procesos que estarán prohibidos, limitados o sujetos a la autorización o al control de la autoridad o autoridades competentes, así como la determinación de las sustancias y agentes a los que la exposición en el trabajo estará prohibida, limitada o sujeta a la autorización o al control de la autoridad o autoridades competentes; deberán tomarse en consideración los riesgos para la salud causados por la exposición simultánea a varias sustancias o agentes;
- (c) el establecimiento y la aplicación de procedimientos para la declaración de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales por parte de los empleadores y, cuando sea pertinente, de las instituciones aseguradoras u otros organismos o personas directamente interesados, y la elaboración de estadísticas anuales sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales;
- (d) la realización de encuestas cada vez que un accidente del trabajo, un caso de enfermedad profesional o cualquier otro daño para la salud acaecido durante el trabajo o en relación con éste parezca revelar una situación grave;
- (e) la publicación anual de informaciones sobre las medidas tomadas en aplicación de la política a que se refiere el artículo 4 del presente Convenio y sobre los accidentes del trabajo, los casos de enfermedades profesionales y otros daños para la salud acaecidos durante el trabajo o en relación con éste; f) habida cuenta de las condiciones y posibilidades nacionales, la introducción o desarrollo de sistemas de investigación de

los agentes químicos, físicos o biológicos en lo que respecta a los riesgos que entrañaran para la salud de los trabajadores.

Artículo 12

Deberán tomarse medidas conformes a la legislación y práctica nacionales a fin de velar por que las personas que diseñan, fabrican, importan, suministran o ceden a cualquier título maquinaria, equipos o sustancias para uso profesional:

- (a) se aseguren, en la medida en que sea razonable y factible, de que la maquinaria, los equipos o las sustancias en cuestión no impliquen ningún peligro para la seguridad y la salud de las personas que hagan uso correcto de ellos;
- (b) faciliten información sobre la instalación y utilización correctas de la maquinaria y los equipos y sobre el uso correcto de sustancias, sobre los riesgos que presentan las máquinas y los materiales y sobre las características peligrosas de las sustancias químicas, de los agentes o de los productos físicos o biológicos, así como instrucciones acerca de la manera de prevenir los riesgos conocidos;
- (c) efectúen estudios e investigaciones o se mantengan al corriente de cualquier otra forma de la evolución de los conocimientos científicos y técnicos necesarios para cumplir con las obligaciones expuestas en los apartados a) y b) del presente artículo.

Artículo 13

De conformidad con la práctica y las condiciones nacionales, deberá protegerse de consecuencias injustificadas a todo trabajador que juzgue necesario interrumpir una situación de trabajo por creer, por motivos razonables, que ésta entraña un peligro inminente y grave para su vida o su salud.

Artículo 14

Deberán tomarse medidas a fin de promover, de manera conforme a las condiciones y a la práctica nacionales, la inclusión de las cuestiones de seguridad, higiene y medio ambiente de trabajo en todos los niveles de enseñanza y de formación, incluidos los de la enseñanza superior técnica, médica y profesional, con objeto de satisfacer las necesidades de formación de todos los trabajadores.

Artículo 15

- 1. A fin de asegurar la coherencia de la política a que se refiere el artículo 4 del presente Convenio y de las medidas tomadas para aplicarla, todo Miembro deberá tomar, previa consulta tan pronto como sea posible con las organizaciones más representativas de empleadores y de trabajadores y, cuando sea apropiado, con otros organismos, disposiciones conformes a las condiciones y a la práctica nacionales a fin de lograr la necesaria coordinación entre las diversas autoridades y los diversos organismos encargados de dar efecto a las partes II y III del presente Convenio.
- 2. Cuando las circunstancias lo requieran y las condiciones y la práctica nacionales lo permitan, tales disposiciones deberían incluir el establecimiento de un organismo central.

Parte IV. Acción a Nivel de Empresa

Artículo 16

- 1. Deberá exigirse a los empleadores que, en la medida en que sea razonable y factible, garanticen que los lugares de trabajo, la maquinaria, el equipo y las operaciones y procesos que estén bajo su control son seguros y no entrañan riesgo alguno para la seguridad y la salud de los trabajadores.
- 2. Deberá exigirse a los empleadores que, en la medida en que sea razonable y factible, garanticen que los agentes y las sustancias químicos, físicos y biológicos que estén bajo su control no entrañan riesgos para la salud cuando se toman medidas de protección adecuadas.

- 3. Cuando sea necesario, los empleadores deberán suministrar ropas y equipos de protección apropiados a fin de prevenir, en la medida en que sea razonable y factible, los riesgos de accidentes o de efectos perjudiciales para la salud.

Artículo 17

Siempre que dos o más empresas desarrollen simultáneamente actividades en un mismo lugar de trabajo tendrán el deber de colaborar en la aplicación de las medidas previstas en el presente Convenio.

Artículo 18

Los empleadores deberán prever, cuando sea necesario, medidas para hacer frente a situaciones de urgencia y a accidentes, incluidos medios adecuados para la administración de primeros auxilios.

Artículo 19

Deberán adoptarse disposiciones a nivel de empresa en virtud de las cuales:

- (a) los trabajadores, al llevar a cabo su trabajo, cooperen al cumplimiento de las obligaciones que incumben al empleador;
- (b) los representantes de los trabajadores en la empresa cooperen con el empleador en el ámbito de la seguridad e higiene del trabajo;
- (c) los representantes de los trabajadores en la empresa reciban información adecuada acerca de las medidas tomadas por el empleador para garantizar la seguridad y la salud y puedan consultar a sus organizaciones representativas acerca de esta información, a condición de no divulgar secretos comerciales;
- (d) los trabajadores y sus representantes en la empresa reciban una formación apropiada en el ámbito de la seguridad e higiene del trabajo;
- (e) los trabajadores o sus representantes y, llegado el caso, sus organizaciones representativas en la empresa estén habilitados, de conformidad con la legislación y la práctica nacionales, para examinar todos los aspectos de la seguridad y la salud relacionados con su trabajo, y sean consultados a este respecto por el empleador; con tal objeto, y de común acuerdo, podrá recurrirse a consejeros técnicos ajenos a la empresa;
- (f) el trabajador informará de inmediato a su superior jerárquico directo acerca de cualquier situación de trabajo que a su juicio entrañe, por motivos razonables, un peligro inminente y grave para su vida o su salud; mientras el empleador no haya tomado medidas correctivas, si fuere necesario, no podrá exigir de los trabajadores que reanuden una situación de trabajo en donde exista con carácter continuo un peligro grave e inminente para su vida o su salud.

Artículo 20

La cooperación entre los empleadores y los trabajadores o sus representantes en la empresa deberá ser un elemento esencial de las medidas en materia de organización y de otro tipo que se adopten en aplicación de los artículos 16 a 19 del presente Convenio.

Artículo 21

Las medidas de seguridad e higiene del trabajo no deberán implicar ninguna carga financiera para los trabajadores.

Parte V. Disposiciones Finales

Artículo 22

El presente Convenio no revisa ninguno de los convenios o recomendaciones internacionales del trabajo existentes.

Artículo 23

Las ratificaciones formales del presente Convenio serán comunicadas, para su registro, al Director General de la Oficina Internacional del Trabajo.

Artículo 24

- 1. Este Convenio obligará únicamente a aquellos Miembros de la Organización Internacional del Trabajo cuyas ratificaciones haya registrado el Director General.
- 2. Entrará en vigor doce meses después de la fecha en que las ratificaciones de dos Miembros hayan sido registradas por el Director General.
- 3. Desde dicho momento, este Convenio entrará en vigor, para cada Miembro, doce meses después de la fecha en que haya sido registrada su ratificación.

Artículo 25

- 1. Todo Miembro que haya ratificado este Convenio podrá denunciarlo a la expiración de un período de diez años, a partir de la fecha en que se haya puesto inicialmente en vigor, mediante un acta comunicada, para su registro, al Director General de la Oficina Internacional del Trabajo. La denuncia no surtirá efecto hasta un año después de la fecha en que se haya registrado.
- 2. Todo Miembro que haya ratificado este Convenio y que, en el plazo de un año después de la expiración del período de diez años mencionado en el párrafo precedente, no haga uso del derecho de denuncia previsto en este artículo quedará obligado durante un nuevo período de diez años, y en lo sucesivo podrá denunciar este Convenio a la expiración de cada período de diez años, en las condiciones previstas en este artículo.

Artículo 26

- 1. El Director General de la Oficina Internacional del Trabajo notificará a todos los Miembros de la Organización Internacional del Trabajo el registro de cuantas ratificaciones, declaraciones y denuncias le comuniquen los Miembros de la Organización.
- 2. Al notificar a los Miembros de la Organización el registro de la segunda ratificación que le haya sido comunicada, el Director General llamará la atención de los Miembros de la Organización sobre la fecha en que entrará en vigor el presente Convenio.

Artículo 27

El Director General de la Oficina Internacional del Trabajo comunicará al Secretario General de las Naciones Unidas, a los efectos del registro y de conformidad con el artículo 102 de la Carta de las Naciones Unidas, una información completa sobre todas las ratificaciones, declaraciones y actas de denuncia que haya registrado de acuerdo con los artículos precedentes.

Artículo 28

Cada vez que lo estime necesario, el Consejo de Administración de la Oficina Internacional del Trabajo presentará a la Conferencia una memoria sobre la aplicación del Convenio, y considerará la conveniencia de incluir en el orden del día de la Conferencia la cuestión de su revisión total o parcial.

Artículo 29

- 1. En caso de que la Conferencia adopte un nuevo convenio que implique una revisión total o parcial del presente, y a menos que el nuevo convenio contenga disposiciones en contrario:
 - (a) la ratificación, por un Miembro, del nuevo convenio revisor implicará, ipso jure, la denuncia inmediata de este Convenio, no obstante las disposiciones contenidas en el artículo 25, siempre que el nuevo convenio revisor haya entrado en vigor;
 - (b) a partir de la fecha en que entre en vigor el nuevo convenio revisor, el presente Convenio cesará de estar abierto a la ratificación por los Miembros.
- 2. Este Convenio continuará en vigor en todo caso, en su forma y contenido actuales, para los Miembros que lo hayan ratificado y no ratifiquen el convenio revisor.

Artículo 30

Las versiones inglesa y francesa del texto de este Convenio son igualmente auténticas.

C161 - Convenio sobre los servicios de salud en el trabajo, 1985 (núm. 161)

*Convenio sobre los servicios de salud en el trabajo (Entrada en vigor: 17 febrero 1988)
Adopción: Ginebra, 71ª reunión CIT (25 junio 1985) - Estatus: Instrumento actualizado
(Convenios Técnicos).*

Preámbulo

La Conferencia General de la Organización Internacional del Trabajo:

Convocada en Ginebra por el Consejo de Administración de la Oficina Internacional del Trabajo, y congregada en dicha ciudad el 7 junio 1985 en su septuagésima primera reunión;

Teniendo en cuenta que la protección de los trabajadores contra las enfermedades, sean o no profesionales, y contra los accidentes del trabajo constituye una de las tareas asignadas a la Organización Internacional del Trabajo por su Constitución;

Recordando los convenios y recomendaciones internacionales del trabajo en la materia, y en especial la Recomendación sobre la protección de la salud de los trabajadores, 1953; la Recomendación sobre los servicios de medicina del trabajo, 1959; el Convenio sobre los representantes de los trabajadores, 1971, y el Convenio y la Recomendación sobre seguridad y salud de los trabajadores, 1981, que establecen los principios de una política nacional y de una acción a nivel nacional;

Después de haber decidido adoptar diversas proposiciones relativas a los servicios de salud en el trabajo, cuestión que constituye el cuarto punto del orden del día de la reunión, y

Después de haber decidido que dichas proposiciones revistan la forma de un convenio internacional, adopta, con fecha veintiséis de junio de mil novecientos ochenta y cinco, el presente Convenio, que podrá ser citado como el Convenio sobre los servicios de salud en el trabajo, 1985:

Parte I. Principios de Una Política Nacional

Artículo 1

A los efectos del presente Convenio:

- (a) la expresión ***servicios de salud en el trabajo*** designa unos servicios investidos de funciones esencialmente preventivas y encargados de asesorar al empleador, a los trabajadores y a sus representantes en la empresa acerca de:
 - (i) los requisitos necesarios para establecer y conservar un medio ambiente de trabajo seguro y sano que favorezca una salud física y mental óptima en relación con el trabajo;
 - (ii) la adaptación del trabajo a las capacidades de los trabajadores, habida cuenta de su estado de salud física y mental;
- (b) la expresión ***representantes de los trabajadores en la empresa*** designa a las personas reconocidas como tales en virtud de la legislación o de la práctica nacionales.

Artículo 2

A la luz de las condiciones y la práctica nacionales y en consulta con las organizaciones de empleadores y de trabajadores más representativas, cuando existan, todo Miembro deberá formular, aplicar y reexaminar periódicamente una política nacional coherente sobre servicios de salud en el trabajo.

Artículo 3

1. Todo Miembro se compromete a establecer progresivamente servicios de salud en el trabajo para todos los trabajadores, incluidos los del sector público y los miembros de las cooperativas de producción, en todas las ramas de actividad económica

y en todas las empresas. Las disposiciones adoptadas deberían ser adecuadas y apropiadas a los riesgos específicos que prevalecen en las empresas.

- 2. Cuando no puedan establecerse inmediatamente servicios de salud en el trabajo para todas las empresas, todo Miembro interesado deberá elaborar planes para el establecimiento de tales servicios, en consulta con las organizaciones de empleadores y de trabajadores más representativas, cuando existan.

- 3. Todo Miembro interesado deberá indicar, en la primera memoria sobre la aplicación del Convenio que someta en virtud del artículo 22 de la Constitución de la Organización Internacional del Trabajo, los planes que ha elaborado de conformidad con el párrafo 2 del presente artículo, y exponer en memorias ulteriores todo progreso realizado en su aplicación.

Artículo 4

La autoridad competente deberá consultar a las organizaciones de empleadores y de trabajadores más representativas, cuando existan, acerca de las medidas que es preciso adoptar para dar efecto a las disposiciones del presente Convenio.

Parte II. Funciones

Artículo 5

Sin perjuicio de la responsabilidad de cada empleador respecto de la salud y la seguridad de los trabajadores a quienes emplea y habida cuenta de la necesidad de que los trabajadores participen en materia de salud y seguridad en el trabajo, los servicios de salud en el trabajo deberán asegurar las funciones siguientes que sean adecuadas y apropiadas a los riesgos de la empresa para la salud en el trabajo:

- (a) identificación y evaluación de los riesgos que puedan afectar a la salud en el lugar de trabajo;
- (b) vigilancia de los factores del medio ambiente de trabajo y de las prácticas de trabajo que puedan afectar a la salud de los trabajadores, incluidos las instalaciones sanitarias, comedores y alojamientos, cuando estas facilidades sean proporcionadas por el empleador;
- (c) asesoramiento sobre la planificación y la organización del trabajo, incluido el diseño de los lugares de trabajo, sobre la selección, el mantenimiento y el estado de la maquinaria y de los equipos y sobre las sustancias utilizadas en el trabajo;
- (d) participación en el desarrollo de programas para el mejoramiento de las prácticas de trabajo, así como en las pruebas y la evaluación de nuevos equipos, en relación con la salud;
- (e) asesoramiento en materia de salud, de seguridad y de higiene en el trabajo y de ergonomía, así como en materia de equipos de protección individual y colectiva;
- (f) vigilancia de la salud de los trabajadores en relación con el trabajo;
- (g) fomento de la adaptación del trabajo a los trabajadores;
- (h) asistencia en pro de la adopción de medidas de rehabilitación profesional; i) colaboración en la difusión de informaciones, en la formación y educación en materia de salud e higiene en el trabajo y de ergonomía;
- (j) organización de los primeros auxilios y de la atención de urgencia;
- (k) participación en el análisis de los accidentes del trabajo y de las enfermedades profesionales.

Parte III. Organización

Artículo 6

Para el establecimiento de servicios de salud en el trabajo deberán adoptarse disposiciones:

- (a) por vía legislativa;

- (b) por convenios colectivos u otros acuerdos entre los empleadores y los trabajadores interesados; o
- (c) de cualquier otra manera que acuerde la autoridad competente, previa consulta con las organizaciones representativas de empleadores y de trabajadores interesados.

Artículo 7

- 1. Los servicios de salud en el trabajo pueden organizarse, según los casos, como servicios para una sola empresa o como servicios comunes a varias empresas.
- 2. De conformidad con las condiciones y la práctica nacionales, los servicios de salud en el trabajo podrán organizarse por:
 - (a) las empresas o los grupos de empresas interesadas;
 - (b) los poderes públicos o los servicios oficiales;
 - (c) las instituciones de seguridad social;
 - (d) cualquier otro organismo habilitado por la autoridad competente;
 - (e) una combinación de cualquiera de las fórmulas anteriores.

Artículo 8

El empleador, los trabajadores y sus representantes, cuando existan, deberán cooperar y participar en la aplicación de medidas relativas a la organización y demás aspectos de los servicios de salud en el trabajo, sobre una base equitativa.

Parte IV. Condiciones de Funcionamiento

Artículo 9

- 1. De conformidad con la legislación y la práctica nacionales, los servicios de salud en el trabajo deberían ser multidisciplinarios. La composición del personal deberá ser determinada en función de la índole de las tareas que deban ejecutarse.
- 2. Los servicios de salud en el trabajo deberán cumplir sus funciones en cooperación con los demás servicios de la empresa.
- 3. De conformidad con la legislación y la práctica nacionales, deberán tomarse medidas para garantizar la adecuada cooperación y coordinación entre los servicios de salud en el trabajo y, cuando así convenga, con otros servicios involucrados en el otorgamiento de las prestaciones relativas a la salud.

Artículo 10

El personal que preste servicios de salud en el trabajo deberá gozar de plena independencia profesional, tanto respecto del empleador como de los trabajadores y de sus representantes, cuando existan, en relación con las funciones estipuladas en el artículo 5.

Artículo 11

La autoridad competente deberá determinar las calificaciones que se exijan del personal que haya de prestar servicios de salud en el trabajo, según la índole de las funciones que deba desempeñar y de conformidad con la legislación y la práctica nacionales.

Artículo 12

La vigilancia de la salud de los trabajadores en relación con el trabajo no deberá significar para ellos ninguna pérdida de ingresos, deberá ser gratuita y, en la medida de lo posible, realizarse durante las horas de trabajo.

Artículo 13

Todos los trabajadores deberán ser informados de los riesgos para la salud que entraña su trabajo.

Artículo 14

El empleador y los trabajadores deberán informar a los servicios de salud en el trabajo de todo factor conocido y de todo factor sospechoso del medio ambiente de trabajo que pueda afectar a la salud de los trabajadores.

Artículo 15

Los servicios de salud en el trabajo deberán ser informados de los casos de enfermedad entre los trabajadores y de las ausencias del trabajo por razones de salud, a fin de poder identificar cualquier relación entre las causas de enfermedad o de ausencia y los riesgos para la salud que pueden presentarse en los lugares de trabajo. Los empleadores no deben encargar al personal de los servicios de salud en el trabajo que verifique las causas de la ausencia del trabajo.

Parte V. Disposiciones Generales

Artículo 16

Una vez establecidos los servicios de salud en el trabajo, la legislación nacional deberá designar la autoridad o autoridades encargadas de supervisar su funcionamiento y de asesorarlos.

Artículo 17

Las ratificaciones formales del presente Convenio serán comunicadas, para su registro, al Director General de la Oficina Internacional del Trabajo.

Artículo 18

- 1. Este Convenio obligará únicamente a aquellos Miembros de la Organización Internacional del Trabajo cuyas ratificaciones haya registrado el Director General.
- 2. Entrará en vigor doce meses después de la fecha en que las ratificaciones de dos Miembros hayan sido registradas por el Director General.
- 3. Desde dicho momento, este Convenio entrará en vigor, para cada Miembro, doce meses después de la fecha en que haya sido registrada su ratificación.

Artículo 19

- 1. Todo Miembro que haya ratificado este Convenio podrá denunciarlo a la expiración de un período de diez años, a partir de la fecha en que se haya puesto inicialmente en vigor, mediante un acta comunicada, para su registro, al Director General de la Oficina Internacional del Trabajo. La denuncia no surtirá efecto hasta un año después de la fecha en que se haya registrado.
- 2. Todo Miembro que haya ratificado este Convenio y que, en el plazo de un año después de la expiración del período de diez años mencionado en el párrafo precedente, no haga uso del derecho de denuncia previsto en este artículo quedará obligado durante un nuevo período de diez años, y en lo sucesivo podrá denunciar este Convenio a la expiración de cada período de diez años, en las condiciones previstas en este artículo.

Artículo 20

- 1. El Director General de la Oficina Internacional del Trabajo notificará a todos los Miembros de la Organización Internacional del Trabajo el registro de cuantas ratificaciones, declaraciones y denuncias le comuniquen los Miembros de la Organización.
- 2. Al notificar a los Miembros de la Organización el registro de la segunda ratificación que le haya sido comunicada, el Director General llamará la atención de los Miembros de la Organización sobre la fecha en que entrará en vigor el presente Convenio.

Artículo 21

El Director General de la Oficina Internacional del Trabajo comunicará al Secretario General de las Naciones Unidas, a los efectos del registro y de conformidad con el artículo 102 de la Carta de las Naciones Unidas, una información completa sobre todas las ratificaciones, declaraciones y actas de denuncia que haya registrado de acuerdo con los artículos precedentes.

Artículo 22

Cada vez que lo estime necesario, el Consejo de Administración de la Oficina Internacional del Trabajo presentará a la Conferencia una memoria sobre la aplicación del Convenio, y considerará la conveniencia de incluir en el orden del día de la Conferencia la cuestión de su revisión total o parcial.

Artículo 23

- 1. En caso de que la Conferencia adopte un nuevo convenio que implique una revisión total o parcial del presente, y a menos que el nuevo convenio contenga disposiciones en contrario:
 - (a) la ratificación, por un Miembro, del nuevo convenio revisor implicará, ipso jure, la denuncia inmediata de este Convenio, no obstante las disposiciones contenidas en el artículo 19, siempre que el nuevo convenio revisor haya entrado en vigor;
 - (b) a partir de la fecha en que entre en vigor el nuevo convenio revisor, el presente Convenio cesará de estar abierto a la ratificación por los Miembros.
- 2. Este Convenio continuará en vigor en todo caso, en su forma y contenido actuales, para los Miembros que lo hayan ratificado y no ratifiquen el convenio revisor.

Artículo 24

Las versiones inglesa y francesa del texto de este Convenio son igualmente auténticas.

R171 - Recomendación sobre los servicios de salud en el trabajo, 1985 (núm. 171)

Recomendación sobre los servicios de salud en el trabajo Adopción: Ginebra, 71ª reunión CIT (26 junio 1985) - Estatus: Instrumento actualizado.

Preámbulo

La Conferencia General de la Organización Internacional del Trabajo:

Convocada en Ginebra por el Consejo de Administración de la Oficina Internacional del Trabajo, y congregada en dicha ciudad el 7 junio 1985 en su septuagésima primera reunión;

Teniendo en cuenta que la protección de los trabajadores contra las enfermedades, sean o no profesionales, y contra los accidentes del trabajo constituye una de las tareas asignadas a la Organización Internacional del Trabajo por su Constitución;

Recordando los convenios y recomendaciones internacionales del trabajo en la materia, y en especial la Recomendación sobre la protección de la salud de los trabajadores, 1953; la Recomendación sobre los servicios de medicina del trabajo, 1959; el Convenio sobre los representantes de los trabajadores, 1971, y el Convenio y la Recomendación sobre seguridad y salud de los trabajadores, 1981, que establecen los principios de una política nacional y de una acción a nivel nacional; y la Declaración tripartita de principios sobre las empresas multinacionales y la política social, adoptada por el Consejo de Administración de la Oficina Internacional del Trabajo;

Después de haber decidido adoptar diversas proposiciones relativas a los servicios de salud en el trabajo, cuestión que constituye el cuarto punto del orden del día de la reunión, y

Después de haber decidido que dichas proposiciones revistan la forma de una recomendación que complete el Convenio sobre los servicios de salud en el trabajo, 1985, adopta, con fecha veintiséis de junio de mil novecientos ochenta y cinco, la presente Recomendación, que podrá ser citada como la Recomendación sobre los servicios de salud en el trabajo, 1985:

I. Principios de Una Política Nacional

- 1. De conformidad con las condiciones y la práctica nacionales y, en consulta con las organizaciones de empleadores y de trabajadores más representativas, cuando existan, todo Miembro debería formular, aplicar y reexaminar periódicamente una política nacional coherente sobre servicios de salud en el trabajo, incluidos los principios generales de sus funciones, de su organización y de su funcionamiento.
- 2.
 - (1) Todo Miembro debería establecer progresivamente servicios de salud en el trabajo para todos los trabajadores, incluidos los del sector público y los miembros de las cooperativas de producción, en todas las ramas de actividad económica y en todas las empresas. Las disposiciones adoptadas deberían ser adecuadas y apropiadas a los riesgos específicos para la salud que prevalecen en las empresas.
 - (2) En la medida en que ello sea necesario y prácticamente realizable, deberían adoptarse también disposiciones para facilitar a los trabajadores independientes una protección análoga a la prevista en el Convenio sobre los servicios de salud en el trabajo, 1985, y en la presente Recomendación.

II. Funciones

- 3. La función de los servicios de salud en el trabajo debería ser esencialmente preventiva.
- 4. Los servicios de salud en el trabajo deberían establecer un programa de actividades adaptado a la empresa o a las empresas a las que sirven, principalmente en función de los riesgos profesionales que se presentan en los lugares de trabajo y de los problemas específicos que se plantean en las respectivas ramas de actividad económica.

A. VIGILANCIA DEL MEDIO AMBIENTE DE TRABAJO

- 5.
 - (1) La vigilancia del medio ambiente de trabajo debería comprender:
 - (a) la identificación y evaluación de los factores del medio ambiente de trabajo que puedan afectar a la salud de los trabajadores;
 - (b) la evaluación de las condiciones de higiene de trabajo y de los factores de la organización del trabajo que puedan engendrar riesgos para la salud de los trabajadores;
 - (c) la evaluación de los medios de protección colectiva e individual;
 - (d) la evaluación, cuando sea apropiado, de la exposición de los trabajadores a los agentes nocivos, mediante métodos de control válidos y generalmente aceptados;
 - (e) la verificación de los sistemas de control destinados a eliminar o reducir la exposición.
 - (2) Dicha vigilancia debería llevarse a cabo en relación con los demás servicios técnicos de la empresa y con la cooperación de los trabajadores interesados y de sus representantes en la empresa o del comité de seguridad e higiene, cuando existan.
- 6.
 - (1) De conformidad con la legislación y la práctica nacionales, los datos resultantes de la vigilancia del lugar de trabajo deberían consignarse en forma apropiada y mantenerse a disposición del empleador, de los trabajadores y de sus representantes en la empresa o del comité de seguridad e higiene, cuando existan.
 - (2) Tales datos deberían utilizarse respetando su carácter confidencial, y solamente para orientar y dar asesoramiento acerca de las medidas destinadas a mejorar el medio ambiente de trabajo y la salud y seguridad de los trabajadores.

- (3) La autoridad competente debería tener acceso a estos datos, los cuales sólo debería comunicar el servicio de salud en el trabajo a terceros previo acuerdo del empleador, de los trabajadores y de sus representantes en la empresa o del comité de seguridad e higiene, si los hubiere.

- 7. La vigilancia del medio ambiente de trabajo debería comprender las visitas del personal de servicios de salud en el trabajo que sean necesarias para examinar los factores del medio ambiente de trabajo susceptibles de afectar a la salud de los trabajadores, a la salubridad del medio ambiente de trabajo y a las condiciones de trabajo.

- 8. Los servicios de salud en el trabajo deberían:

- (a) efectuar, cuando sea necesario, la vigilancia de la exposición de los trabajadores a riesgos especiales para la salud;

- (b) supervisar las instalaciones sanitarias y otras instalaciones puestas a disposición de los trabajadores por el empleador, tales como suministro de agua potable, cantinas y alojamientos;

- (c) asesorar acerca de las posibles incidencias de la utilización de tecnologías en la salud de los trabajadores;

- (d) participar y asesorar en la selección de los equipos necesarios para la protección individual de los trabajadores contra los riesgos profesionales;

- (e) colaborar en el análisis de los puestos de trabajo y en el estudio de la organización del trabajo y de los métodos de trabajo, a fin de garantizar una mejor adaptación del trabajo a los trabajadores;

- (f) participar en los análisis de los accidentes del trabajo y de las enfermedades profesionales, y en los programas de prevención de accidentes.

- 9. El personal que preste servicios de salud en el trabajo debería, después de haber informado al empleador, a los trabajadores y a sus representantes, cuando sea apropiado:

- (a) tener libre acceso a todos los lugares de trabajo y a las instalaciones que la empresa facilita a los trabajadores;

- (b) tener acceso a las informaciones sobre métodos, normas de trabajo, productos, materias y sustancias utilizados o cuya utilización esté prevista, bajo reserva de que se preserve el secreto de toda información de índole confidencial que se recabe y que no concierna a la salud de los trabajadores;

- (c) poder tomar muestras, con fines de análisis, de los productos, materias y sustancias utilizados o manipulados.

- 10. Debería consultarse a los servicios de salud en el trabajo sobre cualquier cambio previsto en materia de métodos y condiciones de trabajo susceptible de tener algún efecto sobre la salud o la seguridad de los trabajadores.

B. VIGILANCIA DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES

- 11.

- (1) La vigilancia de la salud de los trabajadores debería abarcar, en los casos y según las condiciones que defina la autoridad competente, todas las evaluaciones necesarias para proteger la salud de los trabajadores, que puedan incluir:

- (a) una evaluación de la salud de los trabajadores antes de que se les asignen tareas específicas que puedan entrañar un peligro para su salud o para la de los demás;

- (b) evaluaciones de la salud a intervalos periódicos durante todo empleo que implique una exposición a riesgos particulares para la salud;

- (c) una evaluación de la salud de los trabajadores que reanudan el trabajo tras una ausencia prolongada por motivos de salud, con la finalidad de descubrir

sus eventuales orígenes profesionales, de recomendar una acción apropiada para proteger a los trabajadores y de determinar la adaptabilidad de los trabajadores a sus tareas y la necesidad de una reclasificación y de una readaptación;

- (d) evaluaciones de la salud al terminar y después de terminar asignaciones a puestos de trabajo que entrañen riesgos susceptibles de provocar perjuicios ulteriores para su salud o de contribuir a tales perjuicios.

- (2) Deberían adoptarse disposiciones para proteger la intimidad de los trabajadores y procurar que la vigilancia de su salud no sea utilizada con fines discriminatorios ni de ninguna otra manera perjudicial para sus intereses.

- 12.

- (1) Cuando los trabajadores estén expuestos a riesgos profesionales específicos, la vigilancia de su estado de salud debería comprender, cuando corresponda, además de los exámenes de salud previstos en el párrafo 11 de la presente Recomendación, todos los exámenes e investigaciones necesarios para detectar los niveles de exposición y las reacciones y los efectos biológicos precoces.

- (2) Cuando exista un método válido y generalmente aceptado de vigilancia biológica de la salud de los trabajadores para la detección precoz de los efectos sobre la salud de la exposición a riesgos profesionales específicos, podrá utilizarse dicho método para identificar a los trabajadores que requieren un examen médico detenido, sujeto al consentimiento individual del trabajador.

- 13. Los servicios de salud en el trabajo deberían ser informados de los casos de enfermedad entre los trabajadores y de las ausencias del trabajo por razones de salud, a fin de poder identificar cualquier relación entre las causas de enfermedad o de ausencia y los riesgos para la salud que puedan presentarse en los lugares de trabajo. El personal encargado de los servicios de salud en el trabajo no debería ser obligado por los empleadores a verificar las razones de la ausencia del trabajo.

- 14.

- (1) Los servicios de salud en el trabajo deberían consignar los datos relativos a la salud de los trabajadores en expedientes de salud personales y confidenciales. Dichos expedientes deberían también contener informaciones acerca de las tareas que hayan realizado los trabajadores, de su exposición a los riesgos profesionales inherentes a su trabajo y de los resultados de toda evaluación de la exposición de los trabajadores a tales riesgos.

- (2) El personal que preste servicios de salud en el trabajo sólo debería tener acceso a los expedientes de salud si la información contenida en ellos tiene relación con el cumplimiento de sus funciones. Cuando los expedientes contengan información personal de carácter médico confidencial, este acceso debe limitarse al personal médico.

- (3) Los datos personales relativos a la evaluación del estado de salud sólo deberían comunicarse a terceros previo consentimiento del trabajador, debidamente informado.

- 15. La legislación nacional, la autoridad competente o la práctica nacional basada en pautas de ética reconocidas deberían prescribir las condiciones y el período de conservación de los expedientes personales de salud, las condiciones relativas a la transmisión y comunicación de tales expedientes, y las medidas necesarias para preservar su carácter confidencial, en particular cuando las informaciones que contienen se hallen registradas en una computadora.

- 16.

- (1) Al término de un examen médico prescrito para determinar la aptitud de un trabajador para un puesto de trabajo que entraña exposición a un riesgo

determinado, el médico que lo haya realizado debería comunicar sus conclusiones por escrito al trabajador y al empleador.

- (2) Esta comunicación no debería contener indicación alguna de índole médica; según los casos, podría indicar que el trabajador es apto para el puesto de trabajo previsto o bien especificar los tipos de trabajo y las condiciones de trabajo que le estén contraindicados, temporal o permanentemente, desde el punto de vista médico.

- 17. Cuando el mantenimiento de un trabajador en un puesto de trabajo esté contraindicado por motivos de salud, los servicios de salud en el trabajo deberían colaborar en los esfuerzos destinados a encontrarle otra colocación en la empresa u otra solución apropiada.

- 18. Cuando la vigilancia de la salud haya permitido detectar una enfermedad profesional, ésta debería notificarse a la autoridad competente de conformidad con la legislación y la práctica nacionales. El empleador, los trabajadores y sus representantes deberían ser informados de que se ha efectuado dicha notificación.

C. INFORMACIÓN, EDUCACIÓN, FORMACIÓN, ASESORAMIENTO

- 19. Los servicios de salud en el trabajo deberían participar en la elaboración y aplicación de programas de información y de educación y de formación, destinados al personal de la empresa, sobre cuestiones de salud e higiene relacionadas con el trabajo.

- 20. Los servicios de salud en el trabajo deberían participar en la información y el perfeccionamiento periódico del personal de primeros auxilios y en la formación gradual y continuada de todo el personal de la empresa que contribuye a la seguridad y a la salud en el trabajo.

- 21. A fin de fomentar la adaptación del trabajo a los trabajadores y el mejoramiento de las condiciones y medio ambiente de trabajo, los servicios de salud en el trabajo deberían asumir la función de asesores del empleador, de los trabajadores y de sus representantes en la empresa y del comité de seguridad e higiene, cuando existan, acerca de los problemas de salud, de higiene del trabajo y de ergonomía, y deberían colaborar con los organismos que actúan ya como asesores en esta esfera.

- 22.

- (1) Todo trabajador debería ser informado, de manera conveniente y adecuada, de los riesgos para la salud que entraña su trabajo, de los resultados de los exámenes de salud de que haya sido objeto y de la evaluación de su estado de salud.

- (2) Todo trabajador tendrá el derecho de que se corrija cualquier dato que sea erróneo o que pueda inducir en error.

- (3) Los servicios de salud en el trabajo deberían además asesorar individualmente a los trabajadores acerca de su salud en relación con su trabajo.

D. PRIMEROS AUXILIOS, TRATAMIENTOS Y PROGRAMAS DE SALUD

- 23. Habida cuenta de la legislación y la práctica nacionales, los servicios de salud en el trabajo en las empresas deberían proporcionar los primeros auxilios y la atención de urgencia a los trabajadores víctimas de accidentes o de indisposición en el lugar de trabajo, y colaborar en la organización de la administración de primeros auxilios.

- 24. Habida cuenta de la organización de la medicina preventiva a nivel nacional, los servicios de salud en el trabajo podrían, cuando sea posible y apropiado:

- (a) proceder a inmunizaciones en relación con los riesgos biológicos que se presentan en el lugar de trabajo;

- (b) participar en campañas de protección de la salud;

- (c) colaborar con las autoridades sanitarias en el marco de programas de salud pública.

- 25. Habida cuenta de la legislación y la práctica nacionales y, previa consulta con las organizaciones de empleadores y de trabajadores más representativas, cuando existan, la autoridad competente, si fuere necesario, debería autorizar a los servicios de salud en el trabajo, de acuerdo con todos los interesados, incluidos el propio trabajador y su médico de cabecera, o un servicio de cuidados primarios de la salud, cuando sea aplicable, a asumir una o varias de las funciones siguientes, o a participar en ellas:
 - (a) el tratamiento de los trabajadores que no hayan interrumpido su trabajo o que se hayan reintegrado al mismo tras una ausencia;
 - (b) el tratamiento de las víctimas de accidentes del trabajo;
 - (c) el tratamiento de las enfermedades profesionales y de las afecciones agravadas por el trabajo;
 - (d) los aspectos médicos de la reeducación y readaptación profesionales.
- 26. Habida cuenta de la legislación y la práctica nacionales en materia de organización de la atención de salud y del alejamiento de los centros que la dispensan, los servicios de salud en el trabajo podrían desplegar otras actividades relacionadas con la salud, incluida la asistencia médica curativa a los trabajadores y a sus familias, en la forma que permita la autoridad competente en consulta con las organizaciones de empleadores y de trabajadores más representativas, cuando existan.
- 27. Los servicios de salud en el trabajo deberían cooperar con los demás servicios interesados en la elaboración de planes de urgencia para hacer frente a accidentes importantes.

E. OTRAS FUNCIONES

- 28. Los servicios de salud en el trabajo deberían analizar los resultados de la vigilancia de la salud de los trabajadores y del medio ambiente de trabajo y los resultados de la vigilancia biológica y de la vigilancia continua individual de la exposición de los trabajadores a determinados riesgos profesionales, cuando éstos existan, a fin de evaluar las posibles relaciones entre la exposición a los riesgos profesionales y los perjuicios para la salud, y de proponer medidas encaminadas a mejorar las condiciones y el medio ambiente de trabajo.
- 29. Los servicios de salud en el trabajo deberían elaborar planes y, a intervalos apropiados, informes sobre sus actividades y las condiciones de salud en la empresa. Estos planes e informes deberían ponerse a disposición del empleador y de los representantes de los trabajadores en la empresa o a la del comité de seguridad e higiene, cuando existan, y la autoridad competente debería tener acceso a los mismos.
- 30.
 - (1) En la medida de sus recursos, los servicios de salud en el trabajo, en consulta con los representantes de los empleadores y de los trabajadores, deberían contribuir a la investigación, participando en estudios o encuestas efectuados a nivel de la empresa o de la rama de actividad económica, por ejemplo, con objeto de reunir información epidemiológica y orientar sus actividades.
 - (2) Los resultados de las mediciones realizadas en la vigilancia del medio ambiente de trabajo y los resultados de las evaluaciones de salud de los trabajadores podrán ser utilizados con fines de investigación, bajo reserva de las disposiciones de los párrafos 6, 3); 11, 2), y 14, 3), de la presente Recomendación.
- 31. Los servicios de salud en el trabajo deberían participar con otros servicios de la empresa, cuando así convenga, en las medidas encaminadas a impedir que las actividades de ésta causen perjuicio al medio ambiente general.

III. Organización

- 32. En la medida de lo posible, los servicios de salud en el trabajo deberían estar situados en el lugar de trabajo o en las proximidades de éste, o bien estar organizados de forma que se garantice el desempeño de sus funciones en el lugar de trabajo.
- 33.
 - (1) Los empleadores, los trabajadores y sus representantes, si los hubiere, deberán cooperar y participar en la aplicación de medidas relativas a la organización y demás aspectos de los servicios de salud en el trabajo sobre una base equitativa.
 - (2) De conformidad con las condiciones y la práctica nacionales, los empleadores y los trabajadores, o sus representantes en la empresa, o el comité de seguridad e higiene, cuando existan, deberían participar en las decisiones sobre organización y funcionamiento de estos servicios, incluidas las relativas al empleo del personal y a la planificación de los programas del servicio.
- 34.
 - (1) Los servicios de salud en el trabajo pueden organizarse, según los casos, como servicios para una sola empresa o como servicios comunes a varias empresas.
 - (2) De conformidad con las condiciones y la práctica nacionales, los servicios de salud en el trabajo pueden ser organizados por:
 - (a) las empresas o grupos de empresas interesados;
 - (b) los poderes públicos o los servicios oficiales;
 - (c) las instituciones de seguridad social;
 - (d) cualquier otro organismo habilitado por la autoridad competente;
 - (e) una combinación de cualquiera de las fórmulas anteriores.
 - (3) La autoridad competente debería precisar las circunstancias en las que, cuando no se hubieren organizado servicios de salud en el trabajo, los servicios adecuados existentes podrían ser reconocidos provisionalmente como organismos habilitados en el sentido del subpárrafo 2), d), supra.
- 35. En los casos en que la autoridad competente, tras consultar a las organizaciones de empleadores y de trabajadores representativas interesadas, cuando existan, determine que el establecimiento de un servicio de salud en el trabajo o el acceso a tal servicio es prácticamente imposible, las empresas deberían, con carácter provisional y tras consultar a los representantes de los trabajadores en la empresa o al comité de seguridad e higiene, cuando existan, concluir un acuerdo con un servicio médico de la localidad para proceder a los exámenes de salud prescritos por la legislación nacional, controlar las condiciones sanitarias existentes en la empresa y velar por que los primeros auxilios y la atención de urgencia estén organizados de forma apropiada.

IV. Condiciones de Funcionamiento

- 36.
 - (1) De conformidad con la legislación y la práctica nacionales, los servicios de salud en el trabajo deberían estar formados por equipos multidisciplinarios constituidos en función de la índole de las tareas que deban ejecutarse.
 - (2) Los servicios de salud en el trabajo deberían disponer de personal técnico en número suficiente, con formación especializada y experiencia en esferas tales como la medicina del trabajo, la higiene del trabajo, la ergonomía, los cuidados de enfermería del trabajo y otras cuestiones conexas. Este personal debería, en la máxima medida posible, mantenerse al corriente de los progresos en los conocimientos

científicos y técnicos necesarios para el cumplimiento de sus funciones, y tener la posibilidad de hacerlo sin pérdida alguna de ingresos.

- (3) Los servicios de salud en el trabajo deberían, además, disponer del personal administrativo necesario para su funcionamiento.

- 37.

- (1) Se debería salvaguardar la independencia profesional del personal que presta servicios en materia de salud en el trabajo, de conformidad con la práctica y la legislación nacionales. Esto podría llevarse a cabo mediante leyes, reglamentos y consultas apropiadas entre el empleador, los trabajadores y sus representantes y los comités de seguridad e higiene, si los hubiere.

- (2) La autoridad competente debería especificar, cuando proceda, de conformidad con la legislación y la práctica nacionales, las condiciones relativas a la contratación y a la terminación del empleo del personal de los servicios de salud en el trabajo, en consulta con las organizaciones representativas de trabajadores y de empleadores interesadas.

- 38. A reserva de las excepciones que prevean las leyes y los reglamentos nacionales, todo el personal de un servicio de salud en el trabajo debería estar obligado a guardar el secreto profesional sobre los datos médicos y técnicos que pueda llegar a conocer en razón de sus funciones y de las actividades del servicio.

- 39.

- (1) La autoridad competente puede prescribir normas relativas a los locales y al equipo necesarios para el funcionamiento de los servicios de salud en el trabajo.

- (2) Los servicios de salud en el trabajo deberían disponer de instalaciones adecuadas para efectuar los análisis y pruebas necesarios para la vigilancia de la salud de los trabajadores y la salubridad del medio ambiente de trabajo.

- 40.

- (1) Dentro del marco de un enfoque multidisciplinario, los servicios de salud en el trabajo deberían colaborar con:

- (a) los servicios que se ocupan de la seguridad de los trabajadores en la empresa;

- (b) los distintos servicios o unidades de producción, para ayudarlos a formular y a aplicar programas preventivos convenientes;

- (c) el departamento de personal de la empresa y los demás servicios interesados;

- (d) los representantes de los trabajadores en la empresa, como asimismo sus representantes de seguridad y el comité de seguridad e higiene, si los hubiere.

- (2) Cuando sea apropiado, los servicios de salud en el trabajo y los servicios de seguridad en el trabajo podrían organizarse conjuntamente.

- 41. Además, los servicios de salud en el trabajo deberían mantener contactos, cuando sea necesario, con los servicios y organismos exteriores a la empresa que se ocupan de cuestiones relativas a la salud, a la higiene, a la seguridad, a la readaptación, al readiestramiento y reclasificación profesionales y a las condiciones de trabajo y de bienestar de los trabajadores, así como con los servicios de inspección y el organismo nacional que haya sido designado para participar en el Sistema internacional de alerta para la seguridad y la salud de los trabajadores establecido en el marco de la Organización Internacional del Trabajo.

- 42. La persona encargada de un servicio de salud en el trabajo debería poder, de conformidad con las disposiciones del párrafo 38, consultar a la autoridad competente,

tras haber informado de ello al empleador y a los representantes de los trabajadores en la empresa o al comité de seguridad e higiene, si los hubiere, acerca de la aplicación de las normas de seguridad e higiene del trabajo en la empresa.

- 43. Los servicios de salud en el trabajo de toda empresa nacional o multinacional que cuente con más de un establecimiento deberían prestar el nivel máximo de servicios, sin discriminaciones, a los trabajadores de todos sus establecimientos, cualquiera que sea el lugar o país en que estén situados.

V. Disposiciones Generales

- 44.
 - (1) En el marco de su responsabilidad por la seguridad y la salud de los trabajadores que emplean, los empleadores deberían adoptar todas las disposiciones necesarias para facilitar el cumplimiento de las funciones de los servicios de salud en el trabajo.
 - (2) Los trabajadores y sus organizaciones deberían aportar su apoyo a los servicios de salud en el trabajo para el cumplimiento de sus funciones.
- 45. Las prestaciones relacionadas con la salud en el trabajo dispensadas por los servicios de salud en el trabajo deberían ser totalmente gratuitas para los trabajadores.
- 46. Cuando los servicios de salud en el trabajo hayan sido establecidos y sus funciones fijadas por la legislación nacional, ésta debería determinar también la forma de financiar tales servicios.
- 47. A los efectos de la presente Recomendación, la expresión ***representantes de los trabajadores en la empresa*** designa a las personas reconocidas como tales por la legislación o la práctica nacionales.
- 48. La presente Recomendación, que completa el Convenio sobre los servicios de salud en el trabajo, 1985, reemplaza a la Recomendación sobre los servicios de medicina del trabajo, 1959.

XVII. BIBLIOGRAFÍA

ACADEMIA DE CIENCIAS DE LA URSS: *Manual de Economía Política*. Cartago. Buenos Aires. 1958.

ACADEMIA DE CIENCIAS DE LA URSS: *Fundamentos de Filosofía Marxista Leninista*. (Tomo II). Cartago. Buenos Aires. 1976.

ACHÁVAL A.: *Manual de Medicina Legal*. (Tomo I). Abeledo-Perrot. Buenos Aires. 2005.

ACHÁVAL A.: *Psiquiatría Médico Legal y Forense*. (Tomo II). Astrea. Buenos Aires. 2003.

ACKERKNECHT E.H.: *A Short History of Medicine*. Ronald Press Co. Nueva York. 1955.

ACTAS CIBA. *La Mano*. N° 6. Junio de 1941.

Actualizaciones de Tratamiento “Roche”: *Medicina del Trabajo (Introducción al estudio de la Medicina del Trabajo)*. 1:2-6, 1969.

AGRICOLA Georgius: *De re metallica*. Dover Publications. New York. 1950.

ANDLAUER P., et al.: *El Ejercicio de la Medicina del Trabajo*. Editorial Científico-Médica. España. 1980.

ANTONI Adolfo Ricardo: *Curso Superior de Medicina del Trabajo. Clases Magistrales*. Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires. 1975.

ARÁOZ ALFARO G.: *Trascendencia Social de la Medicina del Trabajo*. Medicina del Deporte y del Trabajo. 1948; 13, N° 65, 1592-1601.

ARREAZA-CARDIER R., ARREAZA PADILLA R.: *El Ritmo Circadiano. Base molecular, aspectos clínicos y laborales*. Gac Méd Caracas V.110 N.1. Caracas; 2002.

ARSUAGA Juan Luis, MARTÍNEZ Ignacio: *La especie elegida. La larga marcha de la evolución humana*. Temas de Hoy. Madrid. 1999.

ARSUAGA Juan Luis: *Los aborígenes. La alimentación en la evolución humana*. RBA Libros. Barcelona. 2002.

ATIAS Antonio: *Parasitología Clínica*. Mediterráneo. Chile. 1992.

BACON Francis: *Ensayos*. Editorial Aguilar. Buenos Aires. 1980.

BARRAGÁN Horacio Luis, et al.: *Fundamentos de Salud Pública*. Editorial de la Universidad Nacional de La Plata. La Plata. 2007.

BARRAGÁN Horacio Luis, et al.: *Desarrollo, salud humana y amenazas ambientales*. Editorial de la Universidad Nacional de La Plata. La Plata. 2010.

BARRET F.: *Historia del Trabajo*. Eudeba. Buenos Aires. 1961.

BASILE Alejandro A.; DEFILIPPIS NOVOA E.C.A.; GONZÁLEZ O.S.: *Medicina Legal del Trabajo y Seguridad Social*. Ábaco. Buenos Aires. 1983.

BASILE Alejandro A.: *Fundamentos de Medicina Legal, Deontología y Bioética*. El Ateneo. Buenos Aires. 2001.

BASILE Alejandro A.: *Tratado de Medicina Legal del Trabajo*. Ediciones Jurídicas Cuyo. Mendoza. 2002.

BASILE Alejandro A.: *Diccionario enciclopédico de Medicina Legal y ciencias afines*. Ediciones Jurídicas Cuyo. Mendoza. 2004.

BAZTARRICA Juan M.: *Posición del Médico del Trabajo en Nuestro País*. Medicina del Trabajo. 1968, 34, N° 308-311, Págs. 131-134.

BENDER G.A.: *Historia de la Medicina. Leeuwenhoek y sus Animalitos*. Parke, Davis y Compañía. 1965.

BENDER G.A. *Historia de la Medicina. Virchow y la Patología*. Parke, Davis y Compañía. 1965.

BERTRANOU Fabio, CASANOVA Luis: *Informalidad Laboral en Argentina. Segmentos críticos y políticas para la formalización*. Organización Internacional del Trabajo. 2013.

BIALET MASSÉ Juan: *Informe sobre el estado de las clases obreras argentinas* (Tomos I-II). Ministerio de Trabajo de la Provincia de Buenos Aires. La Plata. 2010.

BOCCIA Donato: *Bernardino Ramazzini, creador de la Medicina del Trabajo*. Anales de Biotipología, 21. 1934.

BOCCIA Donato: *La alegría del trabajo y la defensa del motor humano* (conferencia). A.G. Buffarini. Buenos Aires. 1942.

BOCCIA Donato: *Medicina del Trabajo; aspecto fisiobiotipológico y fisiopatológico, higiénico y médicosocial*. Hachette. Buenos Aires. 1952.

Boletín Departamento Nacional del Trabajo, N° 4, marzo de 1908.

BOTERO David, RESTREPO Marcos: *Parasitosis Humanas*. Corporación para las Investigaciones Biológicas. Medellín. 1998.

BUCK Carol, LLOPIS Álvaro, NÁJERA Enrique, TERRIS Milton: *El Desafío de la Epidemiología. Problemas y lecturas seleccionadas*. Publicación Científica N°. 505. OPS. 1988.

CAÑADA CLÉ Jorge, et al.: *Manual para el profesor de Seguridad y Salud en el Trabajo*. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Madrid. 2009.

CARLES Jules: *Los Orígenes de la Vida*. Eudeba. Buenos Aires. 1964.

CASAI de CORNE A.E., FERNÁNDEZ A., LARDIES GONZÁLEZ J.: *Panorama Histórico de la Medicina Argentina*. Todo es Historia. Buenos Aires. 1977.

CECCHINI Emilio, GONZÁLEZ AYALA Silvia E.: *Infectología y Enfermedades Infecciosas*. Journal. Buenos Aires. 2007.

CHILDE Gordon V.: *Los orígenes de la civilización*. Fondo de Cultura Económica. México. 1989.

CISNAL GREDILLA José María: *La Medicina del Trabajo y la valoración de la capacidad laboral*. Revista de la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo. Junio 2015. Vol 24. Núm. 2. 54-91.

Código Civil y Comercial de la Nación. Ley 26.994.

Código de Ética de la Asociación Médica Argentina para el Equipo de Salud. Buenos Aires. 2011.

Código Internacional de Ética Médica. Adoptado por la 3ª Asamblea General de la AMM, Londres, Inglaterra, octubre 1949 y enmendado por la 22ª Asamblea Médica Mundial, Sydney, Australia, agosto 1968 y la 35ª Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre 1983.

Código Internacional de Ética para los Profesionales de la Salud Ocupacional. Comisión Internacional de Salud Ocupacional / International Commission on Occupational Health. 2002.

Código Penal Argentino. Ley 11.179.

CONFUCIO: *Tratados Morales y Políticos. Según los textos de Confucio y de sus discípulos Tseng-Chen, Tchu-Hi y otros.* Versión establecida por Núñez de Prado J. Editorial Iberia. Barcelona. 1971.

Consenso de Enfermedad de Chagas-Mazza. Revista Argentina de Cardiología; V 79, N° 6. Noviembre-Diciembre 2011, pp. 544-564.

DAHRENDORF Ralf: *Las clases sociales y su conflicto en la sociedad industrial.* Ediciones Rialp. Madrid. 1962.

DANILEVSKY V.: *Historia de la Técnica. (Siglos XVIII y XIX).* Lautaro. Buenos Aires. 1947.

DARWIN Charles R.: *El origen de las especies.* Planeta-Agostini. España. 1992.

DARWIN Charles R.: *El origen del hombre.* Terramar. Buenos Aires. 2010.

DEANE Phyllis: *La Primera Revolución Industrial.* Península. Barcelona. 1968.

Declaración de Ginebra. Adoptada por la 2ª Asamblea General de la AMM, Ginebra, Suiza, septiembre 1948 y enmendada por la 22ª Asamblea Médica Mundial, Sydney, Australia, agosto 1986 y la 35ª Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre 1983 y la 46ª Asamblea General de la AMM, Estocolmo, Suecia, septiembre 1994.

DÍAZ H., GRANDA A., ROJAS D.: *Historia de la Medicina del Trabajo en Cuba a partir de 1959*. Revista Cubana de Higiene y Epidemiología. 1985;23:166-70.

DÍAZ PIÑERA Waldo Jacobo, RABELO PADUA Gladys, MARTÍNEZ CALVO Silvia, LINARES FERNÁNDEZ Tomasa María: *Temas de Salud Ocupacional. Apuntes sobre la epidemiología ocupacional*. Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores. La Habana. Cuba. 2013.

DOUDEL GARCÍA Soledad: *La valoración de la incapacidad laboral transitoria en el accidente de trabajo*. Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid. Madrid. 1992.

El Obrero Panadero, 1 de noviembre de 1894.

ENGELS Federico: *El Papel del Trabajo en la transformación del mono en hombre*. Polémica. Buenos Aires. 1973.

ENGELS Federico: *La Situación de la Clase Obrera en Inglaterra*. Editorial Futuro. Buenos Aires. 1965.

ESCUADERO Carlos Hugo: *Mapa Actual de Enfermedades en Argentina*. Encrucijadas 55, octubre 2012.

FALCÓN R.: *El mundo del trabajo urbano (1890-1814)*. Centro Editor de América Latina. Buenos Aires. 1986.

FARRINGTON B.: *Mano y Cerebro en la Antigua Grecia*. Ed. Ayuso. Madrid. 1974.

FERNÁNDEZ Claudia: *Caries, “una enfermedad trazadora de pobreza”*. Universidad Nacional de Cuyo. Facultad de Odontología. Diciembre de 2008.

http://argentinainvestiga.edu.ar/noticia.php?titulo=caries,%93una_enfermedad_trazadora_de_pobreza%94&id=310#.VzP3OIthDcs
(consultada 02/02/2016).

FLOYD W.F., WELFORD A.T.: *Fatiga y Trabajo*. Eudeba. Buenos Aires. 1968.

FRIEND Mark A., KOHN James P.: *Fundamentals of Occupational Safety and Health*. Bernan Press. EE.UU. 2014.

GALBRAITH John K.: *La sociedad opulenta*. Ariel. Barcelona. 1963.

GARCÍA COSTA Víctor: *El Obrero: selección de textos*. Centro Editor de América Latina. Buenos Aires. 1985.

GARCÍA COSTA Víctor: *Alfredo L. Palacios. Un socialismo argentino y para la argentina*. (Tomo I-II). Centro Editor de América Latina. Buenos Aires. 1986.

GARRISON F.H.: *Introducción a la Historia de la Medicina*. (Tomo I-II). Calpe. 1921.

GIMÉNEZ Luisa, MITELMAN Jorge E., et al: *Enfermedad de Chagas-Mazza en las grandes ciudades*. Roemmers. Buenos Aires. 2008.

GISBERT CALABUIG J.A.: *Medicina Legal y Toxicología*. Masson. Barcelona. 2000.

GÓMEZ DE SILVA Guido: *Breve Diccionario Etimológico de la Lengua Española*. Fondo de Cultura Económica. México. 2006.

GÓMEZ ETXEBARRIA Genaro, et al.: *La Medicina del Trabajo y la Prevención de Riesgos Laborales*. Grupo Wolters Kluwer. Valencia. 2011.

GORDON CHILDE V.: *Los orígenes de la civilización*. Fondo de Cultura Económica. Argentina. 1989.

GRANDA A.: *La salud ocupacional en Cuba*. Salud de los trabajadores. 1994;2(1):73-6.

GRIMA Pere: *La certeza absoluta y otras ficciones. Los secretos de la estadística*. Editec. España. 2011.

GRISOLIA Julio A.: *Manual de derecho laboral*. Abeledo-Perrot. Buenos Aires. 2012.

Guía de criterios de aptitud para trabajadores del ámbito sanitario. Autoría múltiple. Coordinadora: COLLAZOS DORRONSORO A.I. Ministerio de Economía y competitividad. Madrid. 2014.

Guía Práctica de Salud Laboral para la Valoración de Aptitud en trabajadores con riesgo de exposición a carga física. Escuela Nacional de Medicina del Trabajo. Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Economía y Competitividad. Madrid. 2015.

Guía Técnica para la Evaluación y Prevención de los riesgos derivados de la manipulación manual de Cargas. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Madrid. 2003.

GUTHRIE Douglas: *Historia de la Medicina.* Salvat. Barcelona. 1947.

HANLON John J.: *Principios de administración sanitaria.* La Prensa Médica Mexicana. México. 1954.

HAYWARD J.A.: *The Romance of Medicine.* George Routledge and Sons Ltd. Londres. 1937.

HERNÁNDEZ Gil: *Tratado de Medicina del Trabajo.* (Tomo I-II). Elsevier-Masson. España. 2011.

HIPÓCRATES: *Tratados hipocráticos.* Vol. 2: *Sobre los aires, aguas y lugares; Sobre los humores; Sobre los flatos; Predicciones I; Predicciones II; Prenociones de Cos.* Gredos. Madrid. 1997.

IBARRA E. J.: *La investigación científica y la capacitación en salud de los trabajadores en Cuba.* Taller precongreso de Salud de los Trabajadores. IV Congreso de Higiene y Epidemiología. La Habana. 1996.

IBARRA E. J., MENÉNDEZ J. J.: *Formación y superación en salud de los trabajadores en Cuba.* Simposio Internacional de Salud y Trabajo. Cuba '97. La Habana. 1º al 5 de diciembre de 1997.

IBARRA E. J., MENÉNDEZ J. J.: *Maestría en Salud de los trabajadores en Cuba: pasado, presente y futuro.* Revista Cubana de Salud y Trabajo. 2004;5(1):53-7.

IBARRA FERNÁNDEZ DE LA VEGA Enrique José, LINARES FERNÁNDEZ Tomasa María, MENÉNDEZ LLOVEZ José Julio, DEL CASTILLO MARTÍN Nino Pedro: *Formación, especialización y perfeccionamiento en salud ocupacional en Cuba. Actualidad y perspectivas.* Revista Cubana de Salud y Trabajo. 2010;11(1):47-55.

IOVCHUK M.T., OIZERMAN E.I., SCHIPANOV E.I.Y.: *Historia de la Filosofía*. (Tomo I-II). Progreso. Moscú. 1978.

ISACOVICH Marcelo: *Introducción a la Economía Política*. Cartago. Buenos Aires. 1974.

JOVEN MARIED Jorge, VILLABONA ARTERO Carlos, JULIÁ CERDÁ Gabriel, GONZÁLEZ-HUIX LLANDÓ Fernando: *Diccionario de Medicina*. Marín. Barcelona. 1986.

KVITKO Luis A.: *La valoración del daño corporal*. Dosyuna. Buenos Aires. 2008.

LADOU Joseph, et al.: *Diagnóstico y Tratamiento en Medicina Laboral y Ambiental*. Manual Moderno. México. 2007.

LAÍN ENTRALGO P.: *Historia de la Medicina*. Salvat. Barcelona. 1978.

LEON XIII: *Rerum novarum*. 15 de mayo de 1891.

LEONTIEV Aleksei Nikolayevich: *El hombre y la cultura*. Omegalfa. 2013.

LE RIVEREND BRUSONE Julio: *Neoesclavismo en el siglo XX*. Editorial de Ciencias Sociales. La Habana. 1989.

LEVY B.S.; WEGMAN T.H.; et al.: *Occupational Health: Recognizing and Preventing Work-Related Disease*. Boston. Little, Brown and Company. 1983.

LINDENBOIM Javier. Centro de Estudios de Población, Empleo y Desarrollo. Facultad de Ciencias Económicas. Universidad de Buenos Aires. 2014.

LISI Franco: *Medicina del Trabajo*. Editorial Némesis. Buenos Aires. 2008.

LOBATO Mirta Zaida: *Historia de las instituciones laborales en Argentina: una asignatura pendiente*. Revista de Trabajo. Año 3. Número 4. Enero - Noviembre 2007. pp. 145-154.

LÓPEZ de BLANC Silvia: *Un estudio epidemiológico sobre salud bucal inédito en el país*. Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Odontología. Abril de 2014.

http://argentinainvestiga.edu.ar/noticia.php?titulo=un_estudio_epidemiologico_sobre_salud_bucal_inedito_en_el_pais&id=2081#.VzP3gIThDcv
(consultada 02/02/2016).

LÓPEZ SÁNCHEZ José: *Apuntes para un ensayo histórico-sociológico de la Medicina del Trabajo (de los tiempos primitivos a la Revolución Industrial)*. Revista Cubana de Salud Pública. 2014;40 (2):296-312.

Manual práctico para la evaluación del riesgo ergonómico. Invassat-Ergo. Generalitat Valenciana. 2013.

MARONGIU Federico A.: *Historia de la Clínica Médica y la Medicina Interna*. Edimed. Argentina. 2012.

MARTÍ MERCADAL J.A., DESOILLE H., VILARDELL VIÑAS F.: *Medicina del Trabajo*. Masson. Barcelona. 1993.

MARTÍN Ana Laura, SPINELLI Hugo: *Para que el hombre vuelva a cantar mientras trabaja: El Instituto de Medicina del Trabajo (IMT) y la salud de los trabajadores*. Salud Colectiva. 2011;7(2):177-197.

MARTÍNEZ VALLADARES Miriam, REYES GARCÍA María Elena: *Salud y Seguridad en el Trabajo*. Editorial Ciencias Médicas. La Habana. 2005.

MÉDA Dominique: *¿Qué sabemos sobre el trabajo?* Revista de Trabajo. Año 3. Número 4. Enero - Noviembre 2007. pp. 17-32.

MEDINA DE LA GARZA Carlos E., KOSCHWITZ Martina-Christine: *Johann Peter Frank y la medicina social*. Medicina Universitaria. Vol. 13. Núm. 52. Julio – Septiembre 2011.

MEDIN CATOIRA J., MEDIN MEDIN J.H., LÓPEZ BERRUEZO J.: *Optimización de la agudeza visual en las FAS (Fuerzas Armadas españolas)*. Sanid. Mil. vol.67 N°2. Madrid abr.-jun. 2011.

MENDES GONÇALVES R.B.: *Medicina e Historia*. Siglo Veintiuno. México. 1984.

MICHEL DE LA ROSA F.J., FERNANDEZ INFANTE B.: *Otras enfermedades obstructivas: bisinosis, bronquitis crónica y EPOC de origen laboral y bronquitis eosinofílica*. Anales Sis San Navarra. 2005, vol.28, suppl.1, pp. 73-81.

MIERZECKI H.: *Acerca de la morfología de la mano*. Actas Ciba, N° 6, Junio 1941.

Ministerio de Salud de la Nación: *Estimación de la Población Afectada de 15 años y más por Trastornos Mentales y del Comportamiento en Argentina*. 2010.

Ministerio de Salud: *Recomendaciones para la Práctica del Control preconcepcional, prenatal y puerperal*. 2013.

Ministerio de Salud de la Nación, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos: *Tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades No Transmisibles*. Argentina. 2015.

Ministerio de Salud: *Estadísticas*.
<http://www.msal.gob.ar/inc/index.php/acerca-del-cancer/estadisticas>
(consultada 14/05/2016).

Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social: *Trabajo no registrado: Avances y Desafíos para una Argentina inclusiva*. Septiembre de 2013.

MIROL A.B.: *La Medicina en el Tiempo*. El Ateneo. Buenos Aires. 1978.

MITELMAN Jorge E., GIMENEZ Luisa, et al: *Miocardopatía Chagásica. Un enfoque actual*, Biblioteca Médica Sanofi-Aventis. Buenos Aires. 2007.

MITELMAN Jorge E., et al.: *Consenso de Enfermedad de Chagas-Mazza*, Rev. Arg. Cardiología. Vol. 79, N° 6; 2011.

MONTAIGNE Michel Eyquem: *Ensayos*. (Tomo II). Altaya. Barcelona. 1995.

MOULIER-BOUTANG Yann: *De la esclavitud al trabajo asalariado. Economía histórica del trabajo asalariado embridado*. Akal. Madrid. 2006.

MULTANOVSKI Mijail: *Historia de la Medicina*. Academia de Ciencias de Cuba. La Habana. 1967.

NEFFA Julio César: *Los riesgos psicosociales en el trabajo: contribución a su estudio*. CEIL-CONICET. Buenos Aires. 2015.

NIESTURJ Mikhail F.: *El origen del hombre*. Mir. Moscú. 1972.

NIETO Héctor Alberto: *La Especialización en Medicina del Trabajo en la República Argentina, formación y práctica*. Semana Argentina de la Salud y Seguridad en el Trabajo 2004. Superintendencia de Riesgos de Trabajo. Buenos Aires. 2005.

OIT: *Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo* (Tomo I-II-III-IV). Madrid. 1998.

OMS: *Comité mixto OIT/OMS sobre higiene del trabajo*. OMS Informe Técnico N° 135. Ginebra. 1957.

OMS: *Identificación de enfermedades relacionadas con el trabajo y medidas para combatirlas*. Informe Técnico N° 714. Ginebra. 1985.

OMS: *Salud de los Trabajadores*. Informe a la 39° Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra. 1986.

OMS: *Los factores psicosociales en el trabajo y su relación con la salud*. Ginebra. 1988.

OMS: *Salud Ocupacional para todos: Propuesta para una estrategia mundial de la OMS*. Boletín Oficina Sanitaria Panamericana 119 (5), 1995.

OMS: *Control de la Enfermedad de Chagas*. Informe Técnico 905. Ginebra. 2002.

OMS: *Continuous improvement of Oral Health in the 21st. Century the Approach of the WHO Global Oral Health Programme*. Switzerland. World Oral Health Report. 2003.

OMS: *Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar la anemia y evaluar su gravedad*. Ginebra. 2011.

http://www.who.int/vmnis/indicators/haemoglob_in_es.pdf (Consultada 13/03/2015).

OMS: *Salud bucodental*. Nota informativa N°318. Abril de 2012.

OMS: *Ceguera y discapacidad visual*. Nota descriptiva N° 282. Agosto de 2014.

OMS. *Obesidad y sobrepeso*. Nota descriptiva N° 311. Enero de 2015.

ONU: *Definición y medición internacional del nivel de vida*. Nueva York. 1961.

ONU. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo: *Igualdad de género en la administración pública*. Nueva York. 2014.

OPARIN Aleksander Ivanovich: *El origen de la vida*. Losada. Buenos Aires. 1960.

PAGANINI José María: *La Equidad en Salud y la Cobertura Universal. Las razones de las ciencias médicas y la teoría de la complejidad como base para una propuesta legislativa en la transformación del sistema de salud*. Centro Interdisciplinario Universitario para la Salud. Facultad de Ciencias Médicas Universidad Nacional de La Plata. sf.

PALACIOS Alfredo L.: *El Dolor Argentino*. Claridad. Buenos Aires. 1938.

PALACIOS Alfredo L.: *Pueblos desamparados*. La Vanguardia. Buenos Aires. 1942.

PALACIOS Alfredo L.: *La Fatiga y sus Proyecciones Sociales*. Claridad. Buenos Aires. 1944.

PALERMO Epifanio: *Salud, Enfermedad y Estructura Social*. Cartago. Buenos Aires. 1986.

PALERMO Epifanio: *Enfermos, Médicos y Sociedades en la Historia. Prehistoria-Comunidad Primitiva-Sociedad Antigua o Esclavista*. Cientec. Buenos Aires. 1989.

PALERMO Epifanio: *Enfermos, Médicos y Sociedades en la Historia. Feudalismo-Edad Media*. Cartago. Buenos Aires. 1992.

PALERMO Epifanio: *Historia Social de la Medicina. Época del Renacimiento*. Dirple. Buenos Aires. 1996.

PARACELSO: *Obras Completas*. Edicomunicación S.A. Barcelona. 2002.

PARIAS Louis-Henri, et al: *Historia General del Trabajo*. (Tomos I-II-III-IV). Grijalbo. Barcelona. 1965.

PATITO José Ángel: *Medicina Legal*. Ediciones Centro Norte. Buenos Aires. 2000.

PORRO Magdalena: *Teorías de la Evolución. Cómo progresa la vida*. Longseller. Buenos Aires. 2002.

Protocolos de Vigilancia Sanitaria Específica: Manipulación Manual de Cargas. Comisión de Salud Pública. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. España. 2000.

Protocolos de Vigilancia Sanitaria Específica: Movimientos Repetidos de Miembro Superior. Comisión de Salud Pública. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. España. 2000.

Protocolos de Vigilancia Sanitaria Específica: Posturas Forzadas. Comisión de Salud Pública. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. España. 2000.

RAMAZZINI Bernardino: *De morbis artificum Diatriba*. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Asociación Instituto Técnico de Prevención. España. 2011.

REAL ACADEMIA DE MEDICINA: *Diccionario de Términos Médicos*. Panamericana. Madrid. 2012.

RECALDE H.: *Mujer, condiciones de vida, de trabajo y salud*. Tomo I-II. Centro Editor de América Latina. Buenos Aires. 1988.

RIEZNİK Pablo: *El mundo no empezó en el 4004 antes de Cristo. Marx, Darwin y la ciencia moderna*. Biblos. Buenos Aires. 2005.

ROBINSON Víctor: *La Medicina en la Historia. Sus luchas contra el dolor, el fanatismo y las supersticiones*. Ediciones del Tridente. Buenos Aires. 1947.

RODRÍGUEZ Carlos Aníbal: *Herramientas en Materia de Salud Laboral*. Oficina del Libro Internacional. Buenos Aires. 1995.

RODRÍGUEZ Carlos Aníbal: *La salud de los trabajadores: contribuciones para una asignatura pendiente*. Superintendencia de Riesgos del Trabajo. Buenos Aires. 2005.

RODRÍGUEZ Carlos Aníbal: *Los convenios de la OIT sobre seguridad y salud en el trabajo: una oportunidad para mejorar las condiciones y el medio ambiente de trabajo*. OIT. Argentina. 2009.

RODRÍGUEZ OCAÑA Esteban: *Por la Salud de las Naciones. Higiene, Microbiología y Medicina Social*. Historia de la Ciencia y de la Técnica. Akal. España. 1982.

ROJAS C.: *Salud Mental Ocupacional y Psiquiatría del Trabajo*. Universidad de Carabobo. Valencia, Venezuela. 1991.

ROJAS Nerio: *Medicina Legal*. (Tomos I-II). El Ateneo. Buenos Aires. 1936.

ROQUÉ Fernando: *¿Cómo prevenir las enfermedades en cada etapa de la vida?* Ediciones Prehuma. Buenos Aires. 2006.

ROSSI Ariel: *La Integración del Trabajo, la Salud y el Derecho de la mano de Alfredo L. Palacios*. La Causa Laboral. 2006; 6 (25): 12-13.

ROSSI Ariel: *Un Análisis Crítico de la Ley de Jornada Laboral y de su Decreto Reglamentario*. La Causa Laboral. 2007; 7 (30): 29-32.

ROSSI Ariel: *Los Médicos y la Revolución Francesa. Marat, médico y político revolucionario*. Revista de la Asociación Médica Argentina 2007; 120 (1): 13-19.

ROSSI Ariel: *De la Medicina del Trabajo*. La Causa Laboral. 2009; 9 (38): 27-28.

ROSSI Ariel: *Oficinopatías-ergonomía. Las computadoras como causa de enfermedad laboral. Síndrome de túnel carpiano*. En: *El Derecho Laboral en la Crisis Global*. Editorial B de F. Buenos Aires. 2009.

ROSSI Ariel: *Expresiones Neurovegetativas de la Inestabilidad laboral. La Ley 26.529: un arma para la defensa del trabajador*. En: *Relaciones Laborales. Una visión unificadora*. Editorial B de F. Buenos Aires. 2010.

ROSSI Ariel: *Responsabilidad del Médico del Trabajo*. La Causa Laboral. 2012; 12 (51): 6-8.

ROSSI Ariel: *Tratando de echar Luz sobre el Trabajo Nocturno*. La Causa Laboral. 2014; 13 (57): 37-40.

ROSSI Ariel, CHAPARRO JALIL Vanina: *¿Se debe considerar al dengue una enfermedad profesional?* Revista de la Asociación Médica Argentina 2012; 125 (3): 34-37.

ROSSI María S., LEVIN Luciano: *¿Qué es (y qué no es) la Evolución? El círculo de Darwin*. Siglo XXI. Buenos Aires. 2006.

ROSTOW W.: *Las Etapas del Crecimiento Económico*. Fondo de Cultura Económica. México. 1973.

RUBINSTEIN S.J.: *Las Incapacidades Laborativas: Derechos de los incapacitados (Teoría y Práctica)*. Depalma. Buenos Aires. 1996.

SADLER T.W.: *Langman. Embriología Médica con orientación clínica*. Panamericana. Buenos Aires. 2007.

SAGAN Carl E.: *Los Dragones del Edén. Especulaciones sobre la evolución de la inteligencia humana*. Editorial Planeta DeAgostini. S.A. España. 2003.

SAND René: *Vers la médecine social*. Baillière. París. 1948.

SANMARTINO Mariana, et al: *Hablamos de Chagas: aportes para repensar la problemática con una mirada integral*. CONICET. Buenos Aires. 2015.

SANTA BIBLIA. Reina Valera.

SCARRE Christopher J.: *The human past: world prehistory and the development of human societies*. Thames & Hudson. Londres. 2005.

SEGAL Luis: *Principios de Economía Política*. Pueblos Unidos. Montevideo. 1945.

SIDOROV M.: *Cómo el hombre llegó a pensar*. Cartago. México. 1986

SIGERIST Henry E.: *Civilización y Enfermedad*. Fondo de Cultura Económica. México. 1946.

SIGERIST Henry E.: *Hitos en la Historia de la Salud Pública*. Siglo Veintiuno Editores. México. 1984.

SIGERIST Henry E.: *La Medicina y el Bienestar Humano*. Imán. Buenos Aires. 1943.

SIGERIST Henry E.: *Los Grandes Médicos*. Ave. Barcelona. 1949.

Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial: *Guías de la Sociedad Argentina de Hipertensión para el Diagnóstico, Estudio, Tratamiento y Seguimiento de la Hipertensión Arterial*. Boletín N° 3. Agosto 2011.
http://www.saha.org.ar/1/pdf/GUIA_SAHA_VERSION_COMPLETA.pdf
(consultada 10/03/2015).

Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Buenos Aires: *Cuidados Preconcepcionales*. <http://www.sogiba.org.ar/index.php/publicaciones/la-comunidad/22-publicaciones/la-comunidad/154-cuidados-preconcepcionales>
(consultada 02/05/2015).

SOMOLINOS D'ARDOIS G. Historia de la Medicina. Pormaca. México. 1964.

TAKEUCHI Jun K., KOSHIBA-TAKEUCHI Kazuko, MATSUMOTO Ken, et al.: *Tbx5 and Tbx4 genes determine the wing/leg identity of limb buds*. Nature 398, 810-814 (29 April 1999).

TABOADELA Claudio H., CONTE Carlos: *Exámenes médicos en salud ocupacional. Actualización en medicina del trabajo*. ASOCIART. Buenos Aires. 2008.

TAMAYO y TAMAYO Mario: *El proceso de la investigación científica*. Limusa. México. 2003.

TELEKY Ludwig: *The History of Factory and Mine Hygiene*. Columbia University Press. London: Geoffrey Cumberlege. 1948.

TESTA Mario: *La Medicina del Trabajo en el gobierno nacional y popular*. Salud Colectiva. 2014;10(1):109-116.

TOLEDO CURBELO Gabriel, et al: *Fundamentos de Salud Pública*. Tomo I-II. Editorial Ciencias Médicas. La Habana. 2005.

UBEROS Gea: *Higiene industrial*. Aguilar. Madrid. 1951.

URSS. *La Sanidad*. Moscú. 1970.

VALLS Antonio: *Introducción a la Antropología. Fundamentos de la evolución y de la variabilidad biológica del hombre*. Labor. Barcelona. 1980.

VAN DER HAAR Rudolf, GOELZER Berenice: *La Higiene Ocupacional en América Latina. Una guía para su desarrollo*. Organización Panamericana de la Salud. Washington. 2001.

VARGAS ALVARADO Eduardo: *Medicina Legal*. Trillas. México. 1996.

VICENS VIVES Jaime: *Historia General Moderna. Del renacimiento a la crisis del siglo XX*. Tomo II. Montaner y Simón. Barcelona. 1976.

VIRCHOW Rudolf: *Sämtliche Werke*. Abt. I - Medizin Band 05: Die Medicinische Reform. Eine Wochenschrift erschienen vom 10. Juli 1848 bis zum 29. Juni 1949. Bearbeitet von Christian Andree. Hildesheim. 2010. (VIRCHOW Rudolf: Obras Completas. Departamento I - Medicina Volumen 05: La reforma médica. Un semanario publicado el 10 de julio 1848 al 29 de junio de 1949. Editado por Christian Andrea. Hildesheim. 2010.)

WILSON Frank R.: *La Mano. De cómo su uso configura el cerebro, el lenguaje y la cultura humana*. Tusquets. Barcelona. 2002.

ZABALA Juan Pablo: *La Enfermedad de Chagas en la Argentina. Investigación científica, problemas sociales y políticas sanitarias*. Universidad Nacional de Quilmes. Buenos Aires. 2010.